

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL **CÁNCER BUCAL** EN LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS EN LAS REGIONES SANITARIAS DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ

AÑOS: 2017, 2019, 2022, 2023



Universidad
LATINA de Panamá
SUMMUM DESIDERIUM SAPIENTIA



Universidad
Interamericana
de Panamá



CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL **CÁNCER BUCAL** EN LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS EN LAS REGIONES SANITARIAS DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ

AÑOS: 2017, 2019, 2022, 2023



Universidad
LATINA de Panamá
SUMMUM DESIDERIUM SAPIENTIA



Créditos:

Esta publicación ha sido coordinada por el Departamento de Investigación en Sistemas de Salud, Ambiente y Sociedad (ISISAS), del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (ICGES) y la Comisión de Investigación sobre Cáncer Bucal, 2024.

Reconocimiento:

A los Odontólogos Examinadores de las Regiones de Salud: San Miguelito, Metropolitana, Panamá Oeste, Herrera, Los Santos, Coclé, Veraguas, Panamá Norte, Colón, Panamá Este, Chiriquí, Bocas del Toro y Comarca Ngäbe Buglé, que recolectaron la muestra para el logro de esta investigación.

A las autoridades de las Regiones de Salud: San Miguelito, Metropolitana, Panamá Oeste, Herrera, Los Santos, Coclé, Veraguas, Panamá Norte, Colón, Panamá Este, Chiriquí, Bocas del Toro y Comarca Ngäbe Buglé, que participaron en esta investigación. Años: 2017- 2023.

A las autoridades de las Instituciones Participantes: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, Universidad de Panamá, Universidad Latina de Panamá, Universidad Interamericana de Panamá, Asociación Odontológica Panameña, Comisión Nacional para el Estudio del Tabaquismo, Asociación Internacional de Investigaciones en Odontología.

Al Programa Nacional para el Estudio y la Prevención del Tabaquismo en Panamá, ente financiador de la Investigación.

A los cirujanos maxilofaciales que apoyaron el estudio realizando las biopsias de los casos reportados: Dr. Ismael Montero Hospital Regional de Changuinola Dr. Raúl Dávila Mena; Dra. Vanessa Lambiz Periodoncista de Policlínica Gustavo Ross en Chiriquí; Dr. Abdi Rivera del Centro de Salud Alto Caballero de la Comarca Ngäbe Buglé; Dr. Jonathan Chanis maxilofacial del Hospital Irma De Lourdes Tzanetatos; Dr. Lucas De Gracia de la Región de Herrera; Dr. Eduardo Moreno del Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas de la Región de Los Santos; Dr. Erik Angulo del Hospital San Miguel Arcángel; Dra. Jennebith Martínez de la Policlínica Presidente Remón, entre otros.

Al Profesor Daniel Sánchez y la Licenciada Tania Rodríguez: por el diseño y depuración de la base de datos y análisis estadístico.

A la Licenciada Hilda Sosa administradora del proyecto cáncer bucal.

Edición:

Dra. Aracelly Cedeño de López y Dra. Lourdes López (ISISAS/ICGES)

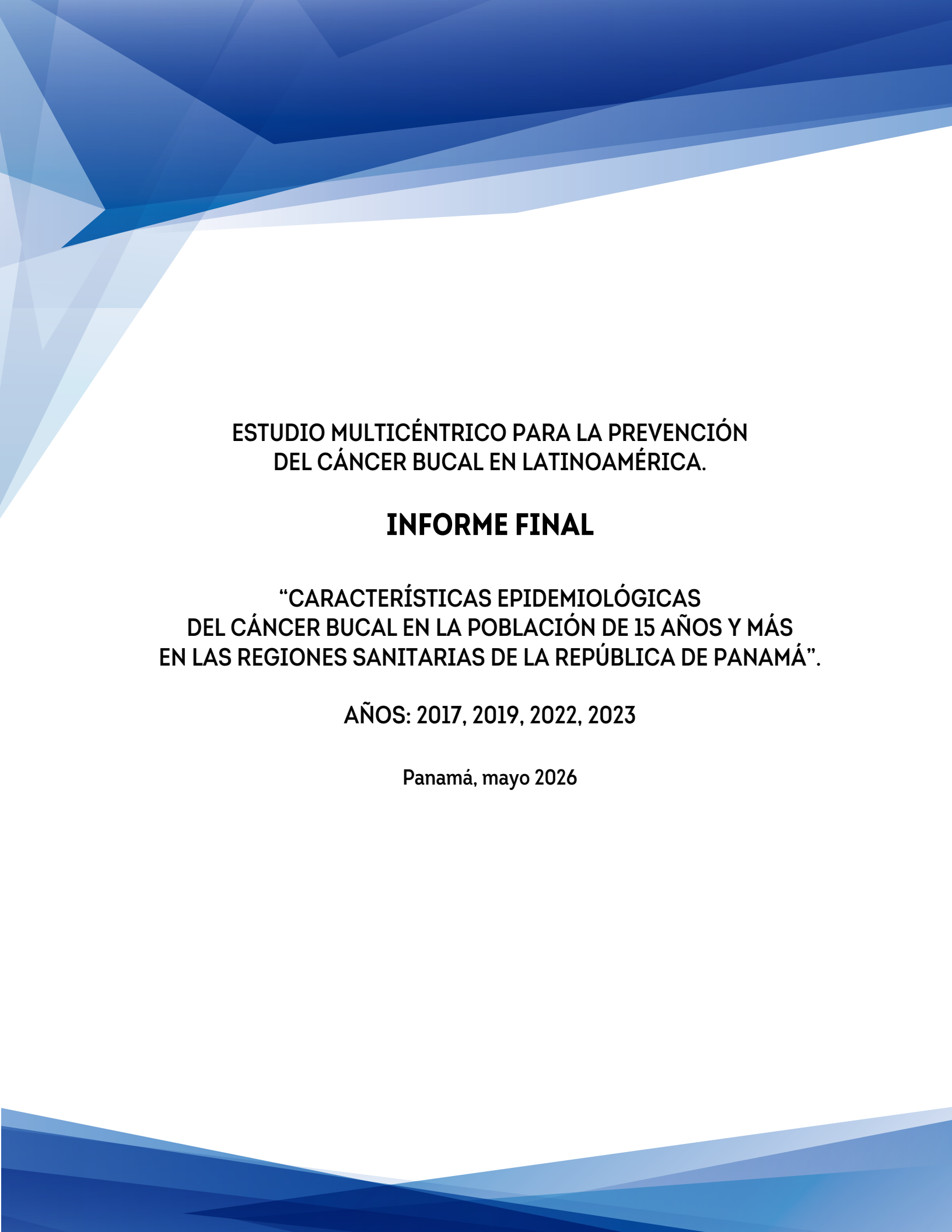
"Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Año 2017-2023". Informe Final de Fase 1 y 2. Regiones de Salud de: San Miguelito, Metropolitana, Panamá Oeste, Herrera, Los Santos, Coclé, Veraguas, Panamá Norte, Colón, Panamá Este, Chiriquí, Bocas del Toro y Comarca Ngäbe Buglé. Años: 2017- 2023.

Rodolfo Epifanio, Itza Ríos. Co-investigadores: Aracelly de López, Lourdes López, Jennebith Martínez, Tania Fábrega, Caroline Niles, Enelka González, Vania Barrow, Luis Vega, Lucas López, Andrés Alvarado, María Cecilia Iriarte, Yilitza Tamayo, Omaira Tejada.

160p.; 27cm

ISBN: 978-9962-699-58-3

1. ODONTOLOGÍA
 2. SALUD BUCAL
 3. SALUD PÚBLICA
 4. CÁNCER BUCAL
-



**ESTUDIO MULTICÉNTRICO PARA LA PREVENCIÓN
DEL CÁNCER BUCAL EN LATINOAMÉRICA.**

INFORME FINAL

**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS
DEL CÁNCER BUCAL EN LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS
EN LAS REGIONES SANITARIAS DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ”.**

AÑOS: 2017, 2019, 2022, 2023

Panamá, mayo 2026

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

AUTORIDADES



MINISTERIO DE SALUD

Dr. Fernando Boyd Galindo
Ministro de Salud de Panamá



INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD

Dr. Nicanor Tercero Obaldía R.
Director General



CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dino Mon
Director General



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ

Dra. Lorenza Barletta
Decana Facultad de Odontología



UNIVERSIDAD LATINA DE PANAMÁ

Dra. María Esther Temprano de Spinali
Representante de la Escuela de Odontología



UNIVERSIDAD INTERAMERICANA DE PANAMÁ

Dra. Luzkarin Molina
Coordinadora Académica de la Escuela de Odontología



ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA PANAMEÑA

Dr. Wendell González
Presidente



ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE INVESTIGACIONES EN ODONTOLOGÍA

Dr. Luis Vega
Presidente



COMISIÓN NACIONAL PARA EL ESTUDIO Y PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

Dra. Norma Astudillo
Coordinadora

Investigadores Principales

Dr. Rodolfo Epifanio
Dra. Itza Irene Ríos

Co-investigadores

Ministerio de Salud

Dra. Omaira Tejada Mora
Dra. Itza Irene Ríos

Comisión Nacional para el Estudio del Tabaquismo

Dra. Caroline Niles

Caja de Seguro Social

Dr. Rodolfo Epifanio
Dra. Jennebith Martínez
Dra. Tania Fábrega

Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud

Dra. Aracelly Cedeño de López
Dra. Lourdes López

Universidad de Panamá

Dr. Luis H. Vega Tejada
Dr. Lucas López
Dr. Andrés Alvarado

Universidad Interamericana de Panamá

Dra. Vania Barrow

Asociación Odontológica Panameña (AOP)

Dra. María Cecilia Iriarte

Sección Panameña de la IADR

Dr. Luis H. Vega Tejada
Dra. Enelka González

ÍNDICE

I.	RESUMEN.....	14
II.	INTRODUCCIÓN	15
III.	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	16
IV.	PROPÓSITO	17
V.	JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS	18
VI.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
	6.1. Objetivo General.....	21
	6.2. Objetivos Específicos	21
VII.	MARCO TEÓRICO.....	23
	7.1. Cáncer de células escamosas	23
	7.2. Trastornos orales potencialmente malignos (OPMD)	24
	7.2.1. Leucoplasia.....	24
	7.2.1. Eritroplasia	24
	7.3. Factores de riesgo.....	25
	7.3.1. Tabaco.....	25
	7.3.2. Alcohol.....	26
	7.3.3. Virus del Papiloma humano (V.P.H).....	26
	7.3.4. VIH	27
	7.3.5. Dieta y otros factores nutricionales.....	27
	7.3.6. Otros factores	27
VIII.	METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	29
	8.1. Diseño y tipo de estudio	29
	8.2. Universo estudio	29
	8.3. Tipo de muestra.....	29
	8.4. Metodología de selección de la muestra del estudio	29
	8.4.1. Criterios de inclusión.....	29
	8.4.2. Criterio de exclusión.....	30
	8.5. Áreas de Estudio	30
	8.5.1. Fase 1	30
	8.5.2. Fase 2.....	31
	8.5.2.1. Fase 2, Etapa 1, años 2018-2019	31
	8.5.2.2. Fase 2, Etapa 2, año 2022.....	32
	8.5.2.3. Fase 2, Etapa 3, año 2023.....	33
IX.	PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS.....	35

X.	PUBLICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	35
XI.	VARIABLES DEL ESTUDIO	36
XII.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	41
12.1.	Información General	41
12.2.	Población Encuestada.....	41
12.3.	Características Sociodemográficas de la Población Encuestada.....	47
12.4.	Conocimientos, Actitudes y Prácticas para la prevención el Cáncer Bucal. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	54
12.4.1.	Conocimientos para la Prevención el Cáncer Bucal. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	55
12.4.2.	Actitudes para la Prevención el Cáncer Bucal. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	61
12.4.3.	Prácticas para la Prevención el Cáncer Bucal. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	63
XIII.	HALLAZGOS CLÍNICOS, AÑOS: 2017, 2019, 2022, 2023	74
XIV.	LESIONES POTENCIALMENTE MALIGNAS Y MALIGNAS CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO. AÑOS: 2017, 2019, 2022, 2023.....	77
14.1.	Casos Positivos de Cáncer Bucal.....	85
14.2.	Otras Lesiones Potencialmente Malignas	104
XV.	PRINCIPALES RESULTADOS, AÑOS: 2017,2019,2022,2023	112
XVI.	CONCLUSIONES	116
XVII.	RECOMENDACIONES	117
XVIII.	LIMITANTES	119
XIX.	LOGROS.....	119
XX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
XXI.	ANEXOS.....	124
ANEXO 1.	Formulario de Asentimiento Informado para los Menores de 18 años.....	124
ANEXO 2.	Formulario de Consentimiento Informado para Mayores de 15 años	126
ANEXO 3.	Consentimiento Informado para Recolección, Uso y Almacenamiento de Muestras Biológicas.....	128
ANEXO 4.	Instrumento de Recolección de Datos. Años 2017-2023	132
ANEXO 5.	Características Clínicas Generales de las Lesiones Bucales Detectadas Años 2017-2023.....	140
ANEXO 5.1.	Descripción de las Lesiones Potencialmente Malignas. Años 2017-2023.....	142
ANEXO 6.	Flujograma de Atención de los Participantes del Estudio. Años: 2017-2023	147
ANEXO 7:	Listado de Examinadores por Región de Salud.....	148

ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICO 1:	Fase 1. Población encuestada en las Regiones de San Miguelito, Metropolitana y Panamá Oeste. Año 2017.....	30
GRÁFICO 2:	Fase 2, Etapa 1. Población encuestada en las Regiones de Coclé, Herrera, Los Santos y Veraguas. Año: 2019.....	31
GRÁFICO 3:	Fase 2, Etapa 2. Población encuestada en las Regiones de Colón, Panamá Este y Panamá Norte. Año: 2022.....	33
GRÁFICO 4:	Fase 2, Etapa 3. Población encuestada en las Regiones de Bocas del Toro, Chiriquí, Comarca Ngäbe Buglé. Año: 2023	33
GRÁFICO 5:	Población de 15 Años y más Encuestada por Año de Estudio. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	43
GRÁFICO 6:	Porcentaje de Instalaciones de Salud Participantes en el Estudio, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	44
GRÁFICO 7:	Examinadores MINSA / CSS, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	45
GRÁFICO 8:	Población Encuestada por Sexo. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	47
GRÁFICO 9:	Distribución de la Población Encuestada, según Grupo no Indígena. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	51
GRÁFICO 10:	Distribución de la Población Encuestada, según Grupo Indígena. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	51
GRÁFICO 11:	Ocupaciones más Comunes, en la Categoría de Otra Ocupación, en la Población Estudiada. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	54
GRÁFICO 12:	Pacientes de acuerdo con su Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer Bucal, según Región de Salud. Años: 2017- 2023	57
GRÁFICO 13:	Pacientes de acuerdo con su Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer Bucal, según Edad. Años: 2017-2023	58
GRÁFICO 14:	Pacientes de acuerdo con su Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer Bucal, según Sexo y Edad. Años: 2017-2023	60
GRÁFICO 15:	Nivel de Conocimiento de la Población Estudiada sobre los Factores de Riesgo y las Medidas de Prevención del Cáncer Bucal, según Sexo. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	61
GRÁFICO 16:	Actitud de los encuestados respecto a la Visita al Odontólogo cada 6 meses para su Control de Salud Bucal. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	62
GRÁFICO 17:	Población que No Acude a la Visita al Odontólogo cada 6 meses para el Control de Salud Bucal, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	62
GRÁFICO 18:	Participantes del Estudio que Conocen la Ley 13 Anti-Tabaco en Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	63

GRÁFICO 19:	Comportamiento en el Hábito de Fumar de la Población de 15 años y más. Años: 2017, 2018, 2022, 2023	64
GRÁFICO 20:	Fumadores Pasivos y Exfumadores de Tabaco en la Población Estudiada, según Sexo. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	65
GRÁFICO 21:	Encuestados Fumadores Pasivos, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	66
GRÁFICO 22:	Tipos de productos que las personas fumadoras utilizan. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	66
GRÁFICO 23:	Consumo de Otras Drogas. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	67
GRÁFICO 24:	Población que Fuma, según el Tiempo de Consumo en Años, desde que inició el Hábito. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	67
GRÁFICO 25:	Hábitos Relacionados con el Consumo de Alcohol en la Población de 15 años y más. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	68
GRÁFICO 26:	Hábitos de Consumo de Tabaco y Alcohol en la Población de Estudio. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	69
GRÁFICO 27:	Encuestados que Beben según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	70
GRÁFICO 28:	Consumo de Alcohol, según tipo de Bebida en la Población de Estudio. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	71
GRÁFICO 29:	Consumo de otras bebidas alcohólicas, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	71
GRÁFICO 30:	Ocasiones en que los Encuestados toman Bebidas Alcohólicas. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	72
GRÁFICO 31:	Comportamientos Sexuales de la Población Estudiada, según Tipo de Sexo que Practicaban. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	73
GRÁFICO 32:	Características de las Lesiones Bucales Detectadas en los Pacientes Examinados, según Nomenclatura. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	75
GRÁFICO 33:	Biopsias de Lesiones Potencialmente Malignas y Malignas realizadas por Año de estudio: 2017, 2019, 2022, 2023.....	76
GRÁFICO 34:	Distribución Anatómica de las Lesiones Malignas de Cáncer Bucal. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	79
GRÁFICO 35:	Diagnóstico Histopatológico de Lesiones Malignas de Cáncer Bucal. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	80
GRÁFICO 36:	Defunciones Registradas durante el Estudio y Sobrevivientes de los Casos Positivos de Cáncer Bucal, Según Sexo. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	81
GRÁFICO 37:	Defunciones Registradas durante el Estudio y Sobrevivientes de los Casos Positivos de Cáncer Bucal, Según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	82
GRÁFICO 38:	Casos Positivos y el Nivel de Factores de Riesgo al que estuvieron expuestos. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	83

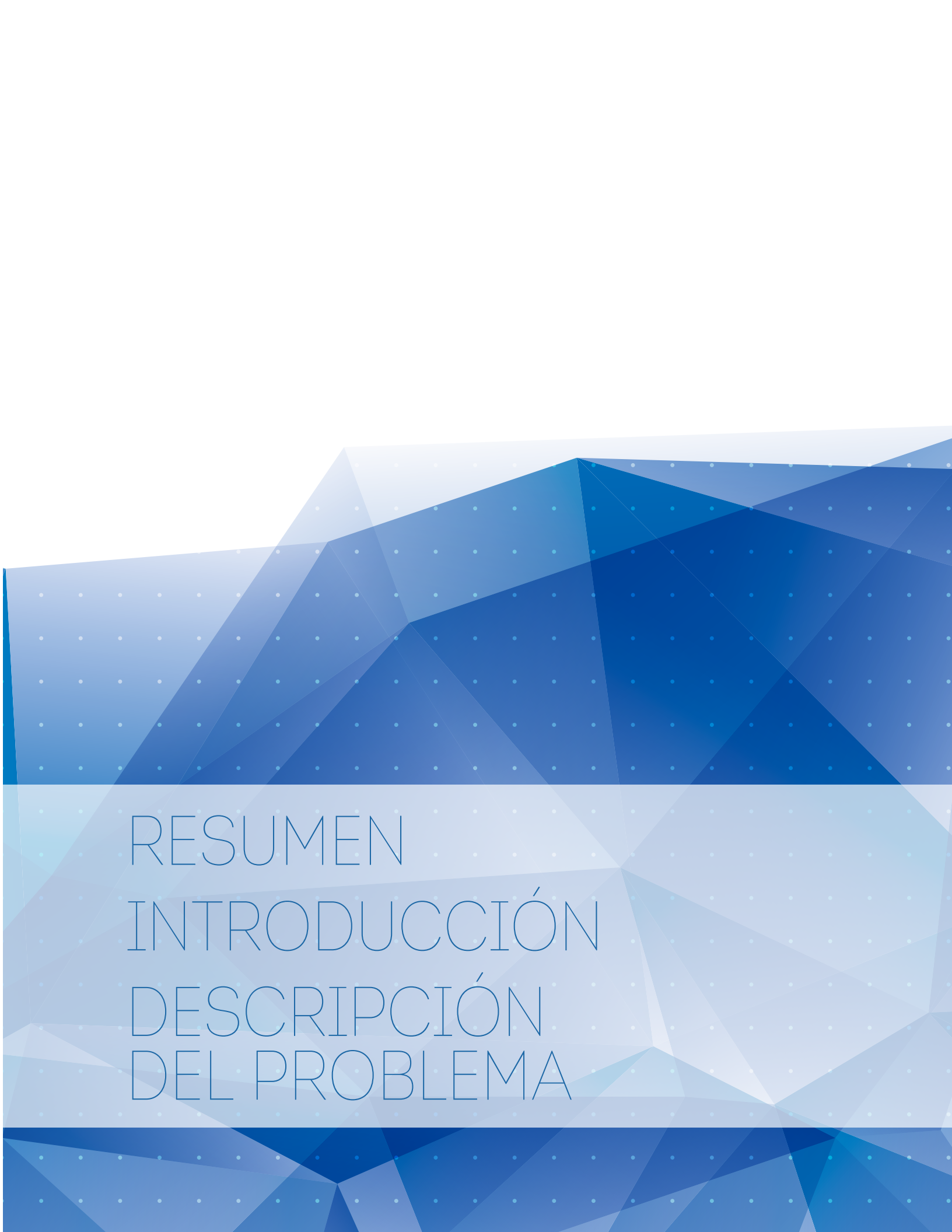
ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1:	Mortalidad por tumor maligno de labio, cavidad bucal y de la faringe, según Sexo por Provincia y Comarca Indígena. República de Panamá. Año: 2021.....	18
TABLA 2:	Número de Instalaciones de Salud del MINSA-CSS. Año: 2023	34
TABLA 3:	Distribución de la Población Estudiada, según Año de Estudio y Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	42
TABLA 4:	Número de Instalaciones de Salud Encuestadas, MINSA/CSS, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	44
TABLA 5:	Encuestas Realizadas por Institución de Salud MINSA, CSS, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	46
TABLA 6:	Distribución de la Población Encuestada por Sexo, según Grupo de Edad. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	47
TABLA 7:	Distribución de la Población Protegida y No Protegida por el Seguro Social, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	48
TABLA 8:	Grado de Escolaridad de los Participantes del Estudio. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	49
TABLA 9:	Distribución de la Población Encuestada, según Grupo Étnico. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.....	50
TABLA 10:	Distribución de los Ingresos por Ingreso Familiar, según Región de Salud Años: 2017, 2018, 2022, 2023.....	52
TABLA 11:	Población de 15 años y más Encuestada, según Ocupación Años: 2017, 2018, 2022, 2023.....	53
TABLA 12:	Categoría de Otras Ocupaciones. Años: 2017, 2018, 2022, 2023.....	53
TABLA 13:	Pacientes de acuerdo con su Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer Bucal, según Región de Salud. Años: 2017-2023.....	56
TABLA 14:	Pacientes de acuerdo con su nivel de conocimiento sobre el Cáncer Bucal, según edad. Años: 2017-2023.....	58
TABLA 15:	Pacientes de acuerdo con su Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer Bucal, según Sexo y Edad. Años: 2017-2023.....	59
TABLA 16:	Comportamiento en el Hábito de Fumar de la Población Encuestada por Género. Años: 2017, 2018, 2022, 2023.....	64
TABLA 17:	Hábitos Relacionados con el Consumo de Alcohol en la Población de 15 años y más, por Sexo. Años: 2017, 2019, 2022, 2023	69

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1:	Paciente masculino de 67 años, con Carcinoma de Células Escamosas Indiferenciadas.....	85
FIGURA 2:	Paciente femenina de 53 años, con Carcinoma de Células Escamosas Infiltrantes	86
FIGURA 3:	Paciente femenina de 56 años, con Adenocarcinoma	87
FIGURA 4:	Paciente femenina de 80 años, con Carcinoma de Células Escamosas Moderado.....	88
FIGURA 5:	Paciente masculino de 74 años, con Adenocarcinoma Oral.....	89
FIGURA 6:	Paciente femenina de 47 años, con diagnóstico de Carcinoma de Células Escamosas.....	90
FIGURA 7:	Paciente masculino de 81 años, Carcinoma de Células Escamosas Invasor.....	91
FIGURA 8:	Paciente femenina de 63 años, Carcinoma de Célula Escamosa	92
FIGURA 9:	Paciente masculino de 74 años, con Carcinoma Escamoso Basaloide Invasivo	93
FIGURA 10:	Paciente masculino de 53 años, con Carcinoma Escamocelular	94
FIGURA 11:	Paciente femenina de 83 años, con historia de mascar tabaco desde los 13 años, presenta Carcinoma de Células Escamosas	95
FIGURA 12:	Paciente femenina de 26 años, historia de trauma crónico en lengua borde anterior lado derecho, presenta Carcinoma de Células Escamosas	96
FIGURA 13:	Paciente masculino de 56 años, con lesión roja en paladar duro, presenta Carcinoma de Células Escamosas	97
FIGURA 14:	Paciente masculino de 57 años, agricultor, con lesión en región anterior de la mandíbula, presenta Carcinoma Escamoso Invasor	98
FIGURA 15:	Paciente masculino de 64 años, agricultor con lesión en paladar duro y tejidos blandos, presenta Carcinoma y tumor profundo con necrosis	99
FIGURA 16:	Paciente masculino de 49 años, policía, con lesión traumática, en borde lateral de la lengua, presenta Carcinoma Escamoso Lingual	100
FIGURA 17:	Paciente femenina de 56 años, ama de casa, indígena, con lesión ulcerada blanca/roja en encía marginal, presenta Adenoma Pleomórfico	101
FIGURA 18:	Paciente femenina de 66 años, ama de casa, presenta Fibroma de 40 años de evolución.....	104

FIGURA 19:	Paciente femenina de 56 años, ama de casa, presenta hiperplasia fibrosa en vestibulo anterior superior, 3 años de evolución, compatible con Épulis Fisurado.	105
FIGURA 20:	Paciente masculino de 61 años, comerciante, con lesión tipo Pápula en labio inferior, presenta Fibroma por irritación.....	106
FIGURA 21:	Paciente femenina de 40 años, ama de casa, con úlcera de aparición espontánea en paladar duro, presenta Sialometaplasia Necrotizante Bucal.....	107
FIGURA 22:	Paciente femenina de 18 años, estudiante, con lesión erosiva sin papilas en cara dorsal de la lengua, compatible con Lengua Geográfica.....	108
FIGURA 23:	Paciente femenina de 80 años, ama de casa, con lesión nodular en lengua dorsal, compatible con Fibroma Traumático	109
FIGURA 24:	Paciente masculino de 49 años, policía, con Verruga Pediculada Inflamatoria en comisura labial, compatible con Papiloma Escamoso	110



RESUMEN
INTRODUCCIÓN
DESCRIPCIÓN
DEL PROBLEMA

I. RESUMEN

El estudio “Características epidemiológicas del Cáncer Bucal, en la población de 15 años y más, en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá” fue realizado durante los años: 2017, 2019, 2022, 2023, siendo un estudio transversal, descriptivo, epidemiológico de prevalencia y de intervención, que se realizó de forma conjunta, con el Ministerio de Salud, el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, la Caja de Seguro Social, la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá, la Escuela de Odontología de la Universidad Latina, la Escuela de Odontología de la Universidad Interamericana de Panamá, la Asociación Odontológica de Panamá y la Sección Panameña de la Asociación internacional de investigaciones en odontología (IADR), a través de la coordinación del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.

Se presentan los resultados de la investigación realizada en 13 regiones de salud de la República de Panamá. El proceso de investigación se desarrolló en varias fases y etapas con la participación de las nueve instituciones de forma conjunta, realizada en 191 instalaciones de salud del MINSA y CSS, con la participación de 205 odontólogos generales como examinadores del estudio, investigadores, cirujanos maxilofaciales, patólogos orales, periodoncistas, y especialistas en medicina oral.

El estudio tuvo como objetivo general determinar la prevalencia y características

del cáncer bucal en la población panameña de 15 años y más y como objetivos específicos: analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal relacionados con el cáncer bucal, la identificación de factores de riesgo, el diagnóstico de lesiones potencialmente malignas y malignas, así como la creación de una red de profesionales de la odontología del primer nivel de atención capacitados para la detección temprana de lesiones clínicas de cáncer bucal.

Los resultados presentados, aportan evidencia científica de la identificación de los comportamientos y factores de riesgo asociados para el cáncer bucal, la prevalencia en la población estudiada, así como a la formación de los profesionales de la odontología en las capacidades diagnósticas para la detección temprana y atención oportuna de lesiones potencialmente malignas y de cáncer bucal.

Se destaca la necesidad de implementar estrategias en promoción, educación, prevención, programas con énfasis en la realización de tamizajes anuales en los servicios odontológicos, así como el establecimiento de líneas de base como referencia para el diseño de futuras investigaciones para el fortalecimiento integral del Programa Nacional de Salud Bucal en el abordaje del cáncer bucal

II. INTRODUCCIÓN

Datos mundiales demuestran que el cáncer causa millones de muertes al año y sus cifras van en aumento. Según la Sociedad Estadounidense contra el Cáncer, para 2050 el 77% de la población tendrá cáncer y aproximadamente 16 millones morirán si no se toman las medidas de prevención. En la región de las Américas el cáncer es la segunda causa más frecuente de morbilidad y mortalidad, después de las enfermedades cardiovasculares. Se estima que 4 millones fueron diagnosticadas en el 2020 y 1.4 millones murieron por cáncer. Aproximadamente, el 57% de los nuevos casos de cáncer y el 47% de las muertes ocurren en personas de 69 años o menos (OPS, 2023).

El cáncer está asociado a determinantes sociales de la salud, tales como el nivel socioeconómico, el nivel educacional, las condiciones laborales, la calidad de recursos básicos como el agua y diversos servicios sanitarios, factores de riesgo como la mal nutrición o estilos de vida no saludables. Se considera que alrededor de un 40% de los cánceres se relacionan con estilos de vida no saludables y factores de riesgo modificables, como el consumo y exposición al humo de tabaco, obesidad, consumo de alcohol, exposición a sustancias tóxicas y agentes infecciosos.

El cáncer bucal es un serio problema de salud pública que está aumentando en todo el mundo. Es más común en pacientes mayores de 50 años, y mucho más frecuente en hombres que en mujeres. Es una enfermedad multifactorial,

en la que el tabaco y el alcohol juegan un papel muy importante, además de los traumatismos continuos de la mucosa oral, en general estos factores pueden prevenirse o detectarse a tiempo con el hábito de acudir a los controles de salud bucal periódicamente.

El Cáncer bucal representa la undécima forma más común de cáncer a nivel mundial, aunque existen amplias diferencias globales en cuanto a la incidencia y a las tasas de mortalidad por cáncer bucal. (La carga mundial de cáncer 2013. JAMA Oncol 2015; 1:505-527).

El consumo de alcohol y el tabaco están entre los principales factores de riesgo para los cánceres de cavidad bucal y en los últimos años, también se ha incluido como factor de riesgo el virus del papiloma humano (VPH) que, además ha influido en la disminución de la edad promedio de su aparición.

Este estudio contribuyó a entender la epidemiología, los factores e indicadores de riesgo, que incluyen los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales de la salud bucal para poner en marcha las intervenciones adecuadas para hacerle frente a los resultados.

Se evidenció que un alto porcentaje de los pacientes llega a la consulta odontológica en periodos avanzados de la enfermedad, dando como resultado la necesidad de tratamientos prolongados y costosos, afectando su calidad de vida.

III. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En Panamá se dispone del Registro Nacional del Cáncer de Panamá (RNCP), que es un sistema de información permanente de todos los casos diagnosticados de cáncer en el país, provenientes de cualquier institución de salud y por cualquier medio diagnóstico utilizado. Su función es la de captar, almacenar, procesar y analizar esta información. Es un registro de base poblacional y cobertura nacional que tiene como finalidad proveer información útil para conocer el problema del cáncer en el país, contribuir a la planificación de los recursos humanos y materiales relacionados con la oncología, en la planificación y evaluación de los programas de control del cáncer. Permite, además, el desarrollo de investigaciones básicas, clínicas y epidemiológicas.

La información que se tiene sobre cáncer bucal en Panamá se encuentra incluida dentro de una clasificación general sobre patologías orofaríngeas y de la cavidad bucal, sin especificación sobre su localización anatómica, aspecto que es una limitante para estudios comparativos con otros países. En Panamá el sistema de información de cáncer se rige por la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). De acuerdo a la distribución de tasas ajustadas de mortalidad de los tipos de cáncer más comunes por género, son los tumores malignos del labio, de la cavidad bucal y de la faringe que presentan una tasa de 1.1 por 100,000 habitantes para el género femenino y de 1.9 por 100,000 habitantes para el género masculino, para los años 1998-2012.

Existe una brecha en la información de cáncer y los factores de riesgo en hombres y mujeres por lo que este tipo de diagnóstico no es

preponderante como causa de muerte en el registro epidemiológico de los casos. Según datos estadísticos del Ministerio de Salud y datos de la Controlaría General de la República para el año 2014; el cáncer bucal se encuentra en la posición 12 diagnóstica de las principales causas de mortalidad por tumores malignos.

En la cavidad bucal pueden presentarse manifestaciones por el Virus del Papiloma Humano (VPH) relacionadas con el cáncer en la orofaringe y amígdalas en un 90%. Un estudio publicado en el Journal of the National Cancer Institute, compara la presencia de anticuerpos contra el Virus del Papiloma Humano (V.P.H.) en 1,425 personas sanas y en 1,496 personas con cáncer del tracto aerodigestivo (cavidad bucal, faringe, laringe, esófago) y concluye que el VPH 16, es uno de los tipos más agresivo y que se encuentra presente en más del 30% de los pacientes con cáncer de orofaringe y en menos de un 1% de las personas sanas.

La etiología de las lesiones potencialmente malignas (eritroplasia y leucoplasia) y malignas en la cavidad bucal es multifactorial, y dentro de los factores se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos como el tabaco, el alcohol y la exposición a toxinas; y factores endógenos, como la herencia, malnutrición.

La inexistencia de una red de odontólogos generales y especialistas para la detección temprana y el diagnóstico oportuno del cáncer bucal en las instalaciones del primer nivel de atención para generar evidencia científica y datos estadísticos de las afecciones por cáncer bucal específico y por localización anatómica en la cavidad bucal, así como de los factores de riesgo y principales determinantes, es una de las premisas de este estudio que busca obtener información que permita formular estrategias

de intervención acordes a la situación encontrada.

El tabaco es el factor de riesgo externo más importante en el desarrollo del cáncer de pulmón, produce el 90% de los cánceres de pulmón y el 30% de las muertes por cáncer. También es un factor de riesgo para los cánceres de laringe, faringe, esófago, riñón, vejiga, cavidad bucal y páncreas. El riesgo está asociado con el número de cigarrillos fumados al día, con la edad de inicio del hábito y con el número de años que mantiene el hábito.

La encuesta mundial del tabaquismo en adultos (GATS) realizada por el ICGES/MINSA en Panamá en el año 2013, fue una encuesta de hogares a personas de 15 años y más. Se realizaron 16,962 entrevistas individuales y reveló que el 9.4% de los hombres, 2.8% de las mujeres y el 6.1% del total (163,000) fumaban tabaco en el momento de la encuesta.

En el humo inspirado del tabaco existen más de 30 sustancias carcinogénicas conocidas. Las más importantes son los hidrocarburos aromáticos policíclicos y las nitrosaminas, que están fuertemente asociadas al cáncer de la cavidad bucal y laringe faringe, y en particular, al cáncer de lengua, siendo la relación directamente proporcional a la cantidad consumida.

Otro factor de riesgo conocido para cáncer es el alcohol. El consumo de alcohol se asocia a un incremento en el riesgo de padecer cáncer de vías aero-digestivas (VADS), es el segundo agente en importancia después del tabaco. El riesgo de cáncer de VADS en bebedores es 6 veces mayor que en no bebedores y el riesgo de muerte por cáncer de orofaringe es 4 veces mayor en los alcohólicos. El consumo de alcohol se relaciona estrechamente con los carcinomas de células escamosas originados en cavidad

bucal, oro faringe, laringe supra glótica e hipofaringe. El alcohol ejerce un efecto cáustico aumentando la permeabilidad de la mucosa oral y permitiendo el paso de otros carcinógenos como el tabaco. La dosis tiene una relación directamente proporcional con la posibilidad de tener un cáncer de cavidad oral.

Por lo anterior, se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

¿El cáncer bucal es un problema de salud pública en Panamá?

¿Cuál es el conocimiento sobre prevención de cáncer bucal en la población de estudio?

¿Cuál es la prevalencia y los factores de riesgo asociados de las lesiones potencialmente malignas y malignas del cáncer bucal por tipo y localización en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá?

¿Cuál es el nudo crítico para el registro específico por tipo y localización del cáncer bucal en Panamá?

IV. PROPÓSITO

Contribuir con información estadística al Sistema de Información Nacional de Cáncer, sobre la prevalencia de cáncer bucal, factores de riesgo, localización anatómica del cáncer bucal y tipo histopatológico, así como identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal relacionados con la prevención del cáncer bucal, en la población de 15 años y más, de las Regiones Sanitarias de la República de Panamá.

Así mismo contribuir con evidencia científica, al Programa Nacional de Salud Bucal, para la elaboración de Normas y Procedimientos Técnico-Administrativos, en materia de prevención y diagnóstico del cáncer bucal.

V. JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

El cáncer es uno de los mayores problemas de salud pública en Panamá y a nivel mundial. Para el año 2040, se espera una incidencia de alrededor de 553,000 casos y 263,000 muertes por cáncer bucal a nivel mundial, con un aumento de casi un 34% y un 48% en la mortalidad con respecto al año 2020 (GLOBOCAN, 2020).

En América Latina, los datos son similares al promedio mundial, presentando una tasa ajustada de 3,58 para hombres y 2,42 para mujeres.

Solo de cáncer bucal, cada año se diagnostican más de 450,000 nuevos casos en todo el mundo y entre el 40 y el 50% de estos pacientes sobreviven 5 años tras el diagnóstico.

Se anticipa que en 2040 el número de casos nuevos de cáncer por año a nivel mundial aumentará a 29,5 millones y el número de muertes por cáncer a 16,4 millones (GLOBOCAN, 2020).

El cáncer bucal es una patología con importantes implicaciones psicosociales y económicas, según referencias nacionales e internacionales, se toma en consideración que un alto porcentaje de pacientes llega a la consulta odontológica en periodo avanzado de la enfermedad, lo que implica tratamientos prolongados y costosos.

El cáncer bucal se encuentra entre los 10 cánceres más frecuentes, produciéndose cada año entre 300.000 y 700.000 nuevos casos en todo el mundo (OMS, 2018).

Aproximadamente el 90% de los cánceres que aparecen en la boca responden al tipo de carcinoma de células escamosas.

El cáncer de cabeza y cuello es el sexto tipo de cáncer más común a nivel mundial, y cada año se diagnostican unos 500,000 nuevos casos entre cáncer bucal y orofaríngeo (OMS). El cáncer bucal es una de las neoplasias más agresivas y mortales con una tasa promedio de supervivencia del 50% en 5 años.

Según últimos datos de OMS publicados en el 2020 las muertes por cáncer bucal en Panamá

TABLA 1: Mortalidad por tumor maligno de labio, cavidad bucal y de la faringe, según sexo por Provincia y Comarca Indígena. República de Panamá. Año: 2021.

Sexo		Bocas del Toro	Coclé	Colón	Chiriquí	Darién	Herrera	Los Santos	Panamá	Panamá Oeste	Veraguas	Comarca Ngäbe Buglé
Total	63	2	5	6	6	1	3	0	23	8	9	0
H	43	1	3	4	5	1	2	0	14	7	6	0
M	20	1	2	2	1	0	1	0	9	1	3	0

Fuente: INEC, Panamá 2021.

han llegado a 78 (0.44% de todas las muertes) la tasa de mortalidad por edad es de 1.78 por 100,000 habitantes en Panamá y ocupa el puesto 145 en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (Boulevard et al., 2022) recomienda como estrategias de prevención del cáncer en la cavidad oral: el cese de la exposición a los factores de riesgo, la detección temprana, diagnóstico temprano y el acceso oportuno al tratamiento.

El consumo de alcohol y tabaco están entre los principales factores de riesgo para los cánceres de cavidad bucal y, en los últimos años, también se ha incluido como factor de riesgo el virus

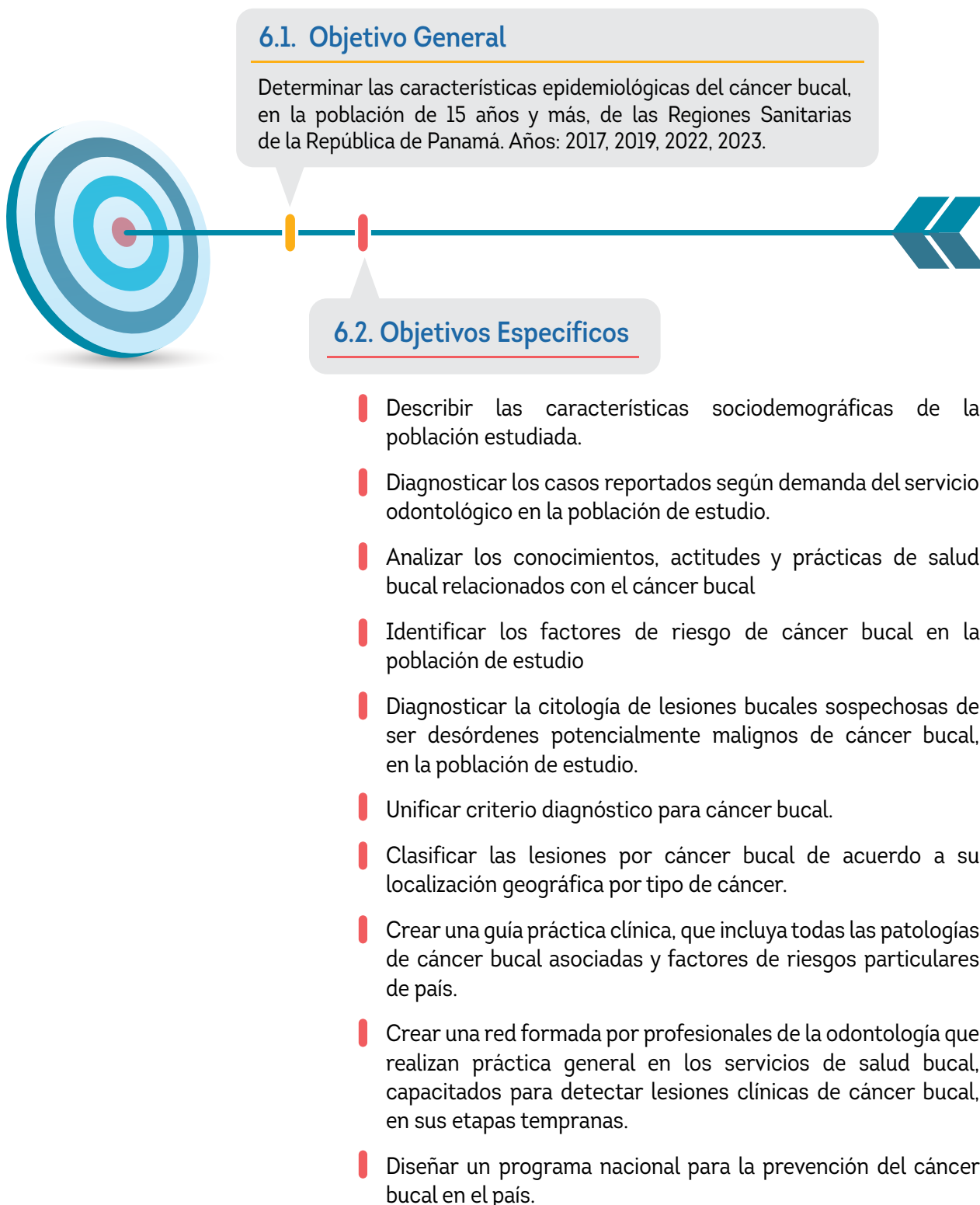
del papiloma humano (VPH) que, además, ha influido en el descenso de la edad promedio de su aparición.

El desarrollo de programas efectivos de prevención del cáncer de la cavidad bucal requiere información epidemiológica confiable que permita identificar los grupos poblacionales de mayor riesgo, la distribución geográfica de la enfermedad y los principales factores asociados. Por lo que el presente estudio constituye el primer esfuerzo colaborativo de carácter nacional que integra instituciones gubernamentales, académicas y gremiales para generar evidencia científica sobre la situación del cáncer bucal en Panamá, lo que justifica el estudio realizado.



OBJETIVOS

VI. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN





MARCO TEÓRICO

VII. MARCO TEÓRICO

El cáncer bucal ocurre cuando las células en la cavidad bucal desarrollan cambios (mutaciones) en su ADN o información genética. Estas mutaciones permiten el crecimiento y división descontrolado de las células cancerosas para ir reemplazando las células sanas. La acumulación de estas células cancerosas forma un tumor. Con el tiempo estas células pueden diseminarse a otras áreas de la cabeza y cuello o a otras partes del cuerpo haciendo metástasis y pudiendo causar la muerte.

El cáncer más prevalente en la cavidad bucal es el carcinoma de células escamosas y se origina de las células en el tejido epitelial de la mucosa bucal y encía. Alrededor del 95% de los cánceres en la cavidad bucal son carcinomas de células escamosas y estos cánceres se subdividen en base a la semejanza que conservan de las células sanas: altamente diferenciado, moderadamente diferenciado y pobremente diferenciado. El cáncer bucal afecta con gran frecuencia los tejidos de la lengua, pero también puede afectar el suelo de la boca, los carrillos, la encía, labios y el paladar.

7.1. Cáncer de células escamosas

El cáncer de células escamosas puede presentarse en diferentes formas clínicas, como una leucoplasia, leucoplasia verrugosa, eritroleucoplasia o eritroplasia, pudiéndose convertir eventualmente en una úlcera con apariencia necrótica y bordes indurados irregulares o en una masa exofítica de base

ancha con una superficie verrugosa o lisa. Cerca de dos tercios de los cánceres bucales de células escamosas se presentan con un tamaño importante y presentan metástasis a ganglios linfáticos del cuello. Los ganglios linfáticos afectados son firmes e indoloros a la palpación. Alrededor del 8% de los pacientes con cáncer bucal de células escamosas presentan metástasis distantes al momento del diagnóstico, con mayor frecuencia a los pulmones. El cáncer bucal de células escamosas generalmente es indoloro a menos que se infecte y suele sangrar con facilidad al ser traumatizado.

El pronóstico es mejor cuando el tumor primario es pequeño y cuando no hay evidencia de compromiso de ganglios linfáticos regionales o de metástasis distante.

La tasa de supervivencia a 5 años de personas con cáncer bucal de células escamosas de estadio temprano o inicial puede alcanzar un 80%-90%, mientras que para los cánceres bucales de estadios avanzados es cerca al 40%.

Con respecto a los carcinomas bucales de células escamosas, se estima que el 50% de los cánceres recurrentes afectan la boca y la buco-faringe, y un 50% a la laringe, esófago o pulmones. No hay diferencias significativas entre los cánceres de células escamosas de sitios en particular de la mucosa bucal y el riesgo de desarrollar carcinomas de segundo campo.

El cáncer bucal de células escamosas puede originarse de desórdenes potencialmente malignos pre-existentes incluyendo la leucoplasia bucal, la eritroplasia y la fibrosis sub-mucosa.

7.2. Trastornos orales potencialmente malignos (OPMD)

La Organización Mundial de la Salud recomienda el término OPMD para describir aquellas enfermedades de la mucosa oral que presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar carcinoma de células escamosas. No todos los OPMD progresarán hacia un cáncer invasor, su detección temprana establece estrategias de vigilancia clínica, biopsia y tratamiento oportuno.

Entre los trastornos orales potencialmente malignos están: Leucoplasia, eritroplasia, leucoplasia verrugosa proliferativa, lesiones palatinas por fumar inverso, liquen plano, entre otras. (Warnakulasuriya et al., 2021).

Los OPMD más comunes son la leucoplasia y la eritroplasia.

7.2.1. Leucoplasia

La leucoplasia se define como “una placa blanca que no se desprende y que presenta bordes ligeramente elevados, de riesgo cuestionable después de excluir otras enfermedades o desórdenes conocidos que no conllevan riesgo aumentado de cáncer”.

La leucoplasia oral es más frecuente durante la tercera edad, pero puede presentarse a edades más tempranas. Los sitios más comunes en donde aparece son: mucosa bucal, mucosa alveolar, piso de la boca, borde lateral de la lengua y el paladar.

Clínicamente, las leucoplasias pueden ser subdivididas en un tipo homogéneo (plana, delgada, de color uniforme y un tipo no-homogéneo. El tipo no-homogéneo se ha definido como lesión blanca y roja (“eritroleucoplasia”), que puede ser irregularmente plana (moteada) o nodular. La leucoplasia verrugosa es otro tipo de leucoplasia no-homogénea. A pesar de que la leucoplasia verrugosa generalmente tiene una apariencia blanca uniforme, su textura verrugosa es su característica distintiva de la leucoplasia homogénea. En su aspecto clínico, la leucoplasia verrugosa es clínicamente indistinguible del carcinoma verrugoso. La leucoplasia verrugosa proliferativa es un subtipo de leucoplasia verrugosa, caracterizada por una presentación multifocal, resistencia al tratamiento y alta tasa de transformación maligna. La leucoplasia verrugosa proliferativa parece más prevalente entre las mujeres de edad avanzada, con o sin historia de consumo de tabaco.

7.2.2. Eritroplasia

La eritroplasia se define como “un parche de color rojo intenso que no puede ser caracterizado ni clínica ni patológicamente como ninguna otra enfermedad definida”.

Según la OMS: la eritroplasia es una alteración de la mucosa que se presenta como una mácula o placa de color rojo, aterciopelada, asintomática y elevada, de etiología desconocida, que no se puede atribuir a trauma o inflamación.

La apariencia clínica puede ser plana o incluso deprimida con una superficie lisa o granular. En el caso de la mezcla de cambios rojos y blancos la lesión es categorizada como una leucoplasia no homogénea (“eritroleucoplasia”). El uso de tabaco y alcohol son considerados factores etiológicos importantes.

La eritroplasia ocurre principalmente en las personas de mediana edad y en los adultos mayores sin distinción de género. Cualquier sitio de la cavidad bucal y bucofaringe puede ser afectado, usualmente en una presentación solitaria. Esta presentación solitaria generalmente permite que la eritroplasia sea clínicamente distinguida de otras condiciones (p.ej. liquen plano erosivo, lupus eritematoso y candidiasis eritematosa), debido a que las otras lesiones se presentan casi siempre bilaterales y con un patrón más o menos simétrico.

La gran mayoría de las eritroplasias atraviesan una transformación maligna y son sintomáticas. En general, la eritroplasia necesita tratamiento debido a su alto riesgo de transformación maligna. La modalidad de tratamiento recomendada es la cirugía ya sea por bisturí o por láser. Igual que en el caso de las leucoplasias, no existen guías acordadas relacionadas al ancho de los márgenes quirúrgicos. No existen datos de la literatura científica acerca de la tasa de recurrencia después de la escisión de las eritroplasias.

La eritroplasia puede presentarse en cualquier área de la mucosa oral, pero se manifiesta con mayor frecuencia en el paladar blando, piso de la boca, la lengua y la mucosa alveolar de la mandíbula.

7.3. Factores de riesgo

En relación con los factores de riesgo de cáncer bucal, la mayoría de los estudios documentan el tabaco principalmente el cigarrillo, aunque existen otros que incluyen el tabaco o cigarrillo invertido, o el tabaco colocado en su forma húmeda.

Aunque ha sido bien estudiada la asociación del tabaco en cualquiera de sus formas con las lesiones potencialmente malignas y con

el cáncer bucal, así como el alcohol en forma independiente o en conjunto con el tabaco, existen diferencias marcadas en los hábitos de consumo de tabaco y alcohol en nuestra región, basadas en los aspectos socio culturales de las poblaciones.

Otros factores asociados con el desarrollo del cáncer bucal incluyen a los virus y en particular al virus del papiloma humano (VPH), específicamente los genotipos de alto riesgo oncogénico que se han relacionado con el desarrollo de cáncer bucal en poblaciones de jóvenes no fumadores, ni bebedores.

7.3.1. Tabaco

El tabaco es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo del cáncer bucal. Ocho (8) de cada diez (10) pacientes con cáncer bucal son fumadores de tabaco en sus diversas formas: cigarrillos, puros, tabaco de mascar, tabaco en pipa, etc. Los componentes de combustión del tabaco son perjudiciales localmente y favorecen la absorción de estos componentes en el cuerpo humano.

Más del 75% de los cánceres bucales se atribuyen al consumo de tabaco (en presentaciones fumadas y sin humo) y al abuso del alcohol y cuando se usan juntos producen un efecto sinérgico. El humo del tabaco contiene más de 6,000 sustancias químicas y más de 60 son cancerígenas, entre ellas hidrocarburos, aminas aromáticas, formaldehído o incluso arsénico o plomo.

Se ha estimado que el riesgo relativo de desarrollar cáncer bucal para los consumidores de tabaco es de **2 a 13 veces mayor** que para los no fumadores.

Esto depende de la dosis, aumentando significativamente con mayores consumos,

la duración del hábito y el inicio temprano del consumo de tabaco, especialmente cuando una persona comienza a fumar antes de los 16 años. El riesgo de cáncer bucal aumenta cuando la duración del hábito es superior a 20 años y el número de cigarrillos fumados por día es superior a 20 cigarrillos. El abandono del hábito de fumar disminuye el riesgo relativo del cáncer bucal, una persona puede alcanzar niveles de riesgo comparables al de los no fumadores después de 10 años de abandonar el hábito de fumar.

Todos los productos de tabaco son cancerígenos (IARC, 2012) y no hay evidencia que sugiera que reemplazar el hábito de fumar por otro producto de tabaco sin humo sea inofensivo.

El tabaco se puede aplicar directamente sobre la mucosa bucal sin combustión (tabaco sin humo) y se consume en algunos países de diversas formas incluyendo el tabaco de mascar lo que produce efectos como aumento de secreción glandular, aumento de la atención y euforia. Existe una fuerte asociación entre este hábito y el cáncer bucal.

7.3.2. Alcohol

El consumo de alcohol se asocia a incremento en el riesgo de padecer cáncer de boca; es el segundo agente en importancia después del tabaco. El riesgo de cáncer de la boca en **bebedores es seis veces mayor** que en no bebedores, y el riesgo de **muerte es cuatro veces mayor** en los bebedores. Los mecanismos conocidos de la carcinogénesis son deficiencias nutricionales, irritación local, disminución de la acción protectora de la saliva, potencialización de los carcinógenos del tabaco.

El efecto más importante es la irritación local; el consumo de alcohol se asocia a cáncer en los sitios donde hay contacto durante la ingestión y deglución.

La dosis de alcohol consumido tiene una relación directamente proporcional con la posibilidad de tener un cáncer de boca; el riesgo de cáncer de boca se incrementa en los consumidores de más de 100 g/día (siete tragos o más).

El consumo de alcohol y tabaco representan riesgos independientes, al combinarse tienen un efecto sinérgico exponencial, siendo 38 veces más probable el desarrollo de cáncer bucal en comparación con los abstemios de ambos productos.

7.3.3. Virus del Papiloma humano (V.P.H)

El virus del papiloma humano (VPH) miembro de la familia papilomaviridae, se ha asociado con la carcinogénesis de un grupo de cánceres bucales. Se han descubierto más de 150 tipos de VPH, de los cuales aproximadamente 15 se han asociado con un alto potencial oncogénico y se han clasificado como tipos de alto riesgo (por ejemplo, los tipos 16 y 18). El tipo 16 del VPH representa más del 75% de todos los VPH encontrados en cánceres orofaríngeos, mientras que los tipos 18, 31 y 33 se observan en unos pocos. El VPH está presente en más del 25% de todos los cánceres de cabeza y cuello con una prevalencia particularmente más alta (50%) en el cáncer orofaríngeo (lengua posterior, amígdalas y paladar blando y orofaringe) debido al contacto orogenital.

Con la aparición de la vacuna anti V.P.H se espera una disminución del cáncer de cuello uterino y del cáncer bucal, principalmente el de la orofaringe.

Muchas neoplasias infectadas por V.P.H en la orofaringe se diagnostican en pacientes más jóvenes, no fumadores y con menor consumo de alcohol, muchos casos se asocian a determinadas conductas sexuales, como parejas múltiples, actividad sexual temprana y antecedentes de contacto buco-genital, ano-genital, buco-anal frecuente. El cáncer bucal está aumentando en mujeres con cáncer de cuello uterino relacionado con VPH, así como entre sus parejas.

7.3.4. VIH

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana contribuye al desarrollo tumoral y al mal pronóstico. Existe poca evidencia de que el VIH sea directamente oncogénico. Pero existe relación entre la infección por VIH y el cáncer de la cavidad bucal (Sarcoma de Kaposi).

El VIH/SIDA es una enfermedad que compromete el sistema inmunitario del paciente haciéndolo más propenso a enfermedades oportunistas y en algunos casos al desarrollo del cáncer. En el cáncer bucal, aunque no se encuentra entre las enfermedades asociadas al VIH/SIDA, el estado de inmunosupresión que presenta el paciente portador de la infección viral lo hace más susceptible a otras infecciones virales oncogénicas y al avance del cáncer.

7.3.5. Dieta y otros factores nutricionales

La dieta puede tener una asociación etiológica con el cáncer bucal en el 10 a 15% de los casos.

Las dietas no diversificadas, pobres en verduras y frutas frescas y deficientes en hierro se han relacionado con el cáncer bucal. Las dietas ricas en frutas, verduras y folatos han demostrado ser protectoras contra el desarrollo del cáncer bucal debido a su producción de compuestos antioxidantes y anticancerígenos, como la vitamina A, C y E, retinol, selenio, ácido fólico, carotenos y otros carotenoides, flavonoides y fitoesteroles.

7.3.6. Otros factores

La inmunosupresión podría estar asociada a un mayor riesgo de cáncer bucal. Después de un trasplante renal o de otros órganos en los que se utiliza agentes inmunosupresores en situaciones de tratamiento prolongado existe un mayor riesgo de desarrollar cáncer bucal.

Estudios han demostrado que los traumatismos crónicos inducidos por prótesis mal adaptadas o dientes fracturados, la enfermedad periodontal y la falta de higiene bucal se han asociado con un mayor riesgo de cáncer bucal.

La evidencia científica actual no demuestra que el trauma mecánico crónico actúe como carcinógeno independiente, sin embargo, puede coexistir con lesiones potencialmente malignas o retrasar su identificación clínica.



METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

VIII. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

8.1. Diseño y tipo de estudio

Estudio descriptivo, cualitativo, epidemiológico de prevalencia y corte transversal. Se realizó un diagnóstico de los factores de riesgo relacionados al cáncer bucal en la población de 15 años y más de edad.

Realizado en trece (13) Regiones de Salud de: San Miguelito, Metropolitana, Panamá Oeste, Herrera, Los Santos, Coclé, Veraguas, Panamá Norte, Colón, Panamá Este, Chiriquí, Bocas del Toro y Comarca Ngäbe Buglé, durante los años: 2017, 2019, 2022, 2023, en los servicios odontológicos de los Centros de Salud del MINSA, Policlínicas, ULAPS, CAPS, MINSA CAPSI y Hospitales Regionales. El diseño del estudio permitió describir la frecuencia y distribución de lesiones, así como las características sociodemográficas, conductuales y clínicas de la población estudiada.

8.2. Universo estudio

El universo estudio estuvo constituido por todos los pacientes de 15 años y más que asistieron al servicio de salud bucal en las instalaciones de salud incluidas en el estudio de las Regiones de Salud de: San Miguelito, Metropolitana, Panamá Oeste, Herrera, Los Santos, Coclé, Veraguas, Panamá Norte, Colón, Panamá Este, Chiriquí, Bocas del Toro y Comarca Ngäbe Buglé. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

8.3. Tipo de muestra

El tipo de muestra del estudio fue no probabilístico por conveniencia estuvo constituido por todos los pacientes de 15 años y más que asistieron al servicio de salud bucal en las instalaciones de salud estudiadas.

8.4. Metodología de selección de la muestra del estudio

Se realizó un examen diagnóstico considerando los criterios de selección establecidos, según la patología bucal de caso sospechoso y los criterios de inclusión y exclusión.

8.4.1. Criterios de inclusión

- Sujetos de estudio de 15 años y más
- Sujetos de estudio de 15 años y más, que acepten participar y firmen el consentimiento informado
- Sujetos de estudio que acudieron a los servicios odontológicos por demanda espontánea
- Sujeto de estudio saludable no sometido a la cirugía (ASAI)
- Sujeto de estudio con o sin lesión bucal sospechosa
- Sujeto de estudio con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante (ASAI), en este punto se evaluó al paciente junto con su expediente médico e interconsulta con su médico.

8.4.2. Criterio de exclusión

- Sujetos de estudio que no acepten participar y no firmen el consentimiento informado
- Sujeto de estudio con inmunosupresión e inmunodeficiencia, con control de salud.
- Sujeto de estudio con enfermedad sistémica grave e incapacitante.
- Sujeto de estudio con enfermedad terminal (ASA V).

8.5. Áreas de Estudio

El proceso de investigación se desarrolló en varias fases y con la participación interinstitucional de nueve (9) instituciones de forma conjunta, a través de odontólogos generales, investigadores y especialistas de la rama odontológica.

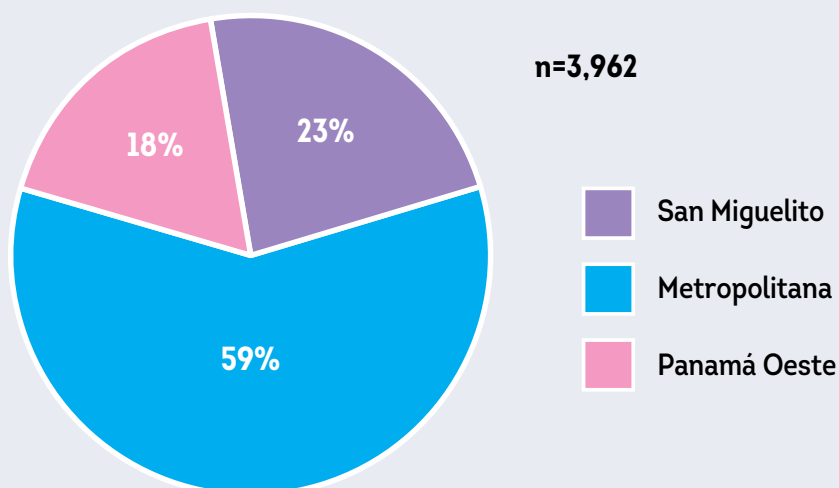
El total de la población que participo del estudio fueron: **15,214** en trece (13) Regiones de Salud.

8.5.1. Fase 1

Se realizó en el 2017 en las **Regiones de Salud: Metropolitana, Panamá Oeste y San Miguelito**. En esta fase 1 se encuestaron **3,962** pacientes de 15 años y más que asistieron por demanda espontánea a las instalaciones de Salud del MINSA y C.S.S., seleccionadas en la investigación, que corresponden al 26% (3,962/15,214) de la muestra nacional. Del total de la sub muestra $n=3,962$ encuestados en la fase 1 del proyecto, el 59% (2316/3,962) eran de la Región Metropolitana de Salud. Un 23% (921/3,962) de San Miguelito, y un 18% (725/3,962) de Panamá Oeste. Participaron 47 instalaciones de salud del primer nivel de atención, de las cuales 35 instalaciones correspondían al MINSA y 12 instalaciones eran de la C.S.S. Ver Gráfico 1

GRÁFICO 1:

Fase 1. Población encuestada en las Regiones de San Miguelito, Metropolitana y Panamá Oeste. Año 2017.



Fuente: CECB Población de 15 años y más en las Regiones de San Miguelito, Metropolitana y Panamá Oeste. Año 2017.

8.5.2. Fase 2

Para el desarrollo de la fase 2 de la investigación se realizó, una subdivisión de 3 etapas en las que se incluyeron 10 Regiones Sanitarias restantes del país:

Etapla 1: Coclé, Herrera, Los Santos y Veraguas

Etapla 2: Colón, Panamá Este y Panamá Norte

Etapla 3: Chiriquí, Comarca Ngäbe Buglé y Bocas del Toro

8.5.2.1. Fase 2, Etapa 1, años 2018-2019

La investigación se desarrolló en las **Regiones de Salud de: Coclé, Los Santos, Herrera y Veraguas.**

Sitios de investigación:

La etapa 1 se realizó: en **85 instalaciones:** 81 Instalaciones del primer nivel de atención

y 4 Hospitales Regionales, como se describe a continuación:

Los Santos: 22 instalaciones del primer nivel de atención y el Hospital de Tonosí

Coclé: 21 instalaciones del primer nivel de atención

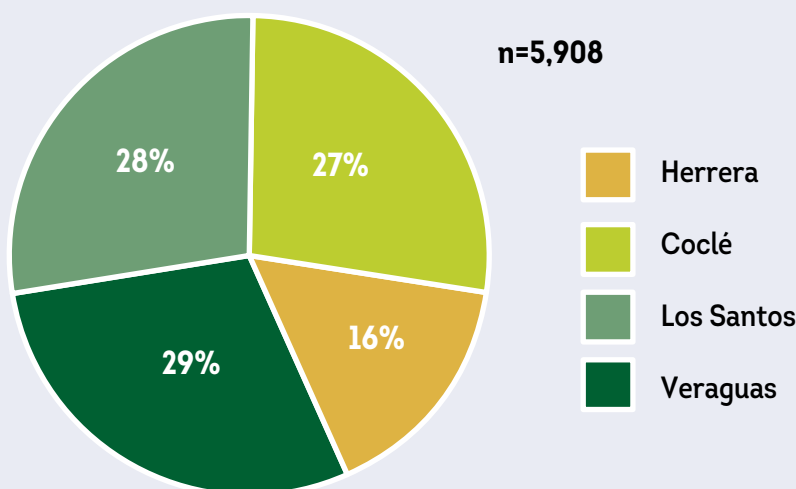
Herrera: 17 instalaciones del primer nivel de atención, el Hospital Cecilio Castellero y el Hospital Nelson Collado

Veraguas: 21 instalaciones del primer nivel de atención y el Hospital Luis Chicho Fábrega

La participación de la población de 15 años y más encuestada en estas Regiones de Salud correspondieron a un 38% (5,908/15,214) de la muestra nacional. Del total de la sub muestra **n=5,908 encuestados** en la fase 2, etapa 1 del proyecto. En 29% (1,756/5,908) eran de Veraguas, un 28% (1,600/5,908) eran de la Región de Los Santos, el 27% (1,600/5,908) eran de Coclé y un 16% (901/5,908) eran de Herrera.

GRÁFICO 2:

Fase 2., Etapa 1. Población encuestada en las Regiones de Coclé, Herrera, Los Santos y Veraguas. Año: 2019.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones de Coclé, Herrera, Los Santos y Veraguas. Año 2019.

Participaron 73 instalaciones de salud del Ministerio de Salud y 12 de la Caja de Seguro Social, que corresponden a Centros de Salud y MINSA CAPSI, ULAPS, Policentros, Policlínicas de la Caja de Seguro Social y 4 Hospitales Regionales.

También participaron como examinadores 99 odontólogos entre odontólogos generales, y odontólogos especialistas (periodoncistas y maxilofaciales), también participaron 4 odontólogos coordinadores regionales de salud bucal. Ver Gráfico 2.

8.5.2.2. Fase 2, Etapa 2, año 2022

La investigación se desarrolló en las **Regiones de Salud de: Colón, Panamá Norte y Panamá Este** en las instalaciones de salud del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social. Se encuestaron **n=1,322** pacientes de 15 años y más que asistieron a los servicios de salud bucal.

El estudio se realizó en **10 Instalaciones de Salud** del Ministerio de Salud y **5 Instalaciones** de la Caja de Seguro Social, que corresponden a Centros de Salud, Policlínicas, ULAPS (Unidad Local de Atención Primaria de Salud), Hospitales Regionales.

Sitios de investigación:

Para el estudio se incluyeron 15 instalaciones: 13 instalaciones del primer nivel de atención y 2 Hospitales del segundo nivel de atención: el Hospital Regional de Chepo (CSS) y el Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos (CSS).

Colón: 7 instalaciones del Primer Nivel de Atención

- Centro de Salud de Buena Vista

- Centro de Salud de Escobal
- Centro de Salud de Sardinilla
- Policentro Antonio Núñez
- Centro de Salud de Palmas Bellas
- Policlínica Nuevo San Juan (CSS)
- Policlínica Hugo Spadafora (CSS)

Panamá Este: 2 instalación del Primer Nivel de Atención

- Centro de Salud de Pacora
- Centro de Salud de Cerro Azul

2 instalaciones del Segundo Nivel de Atención:

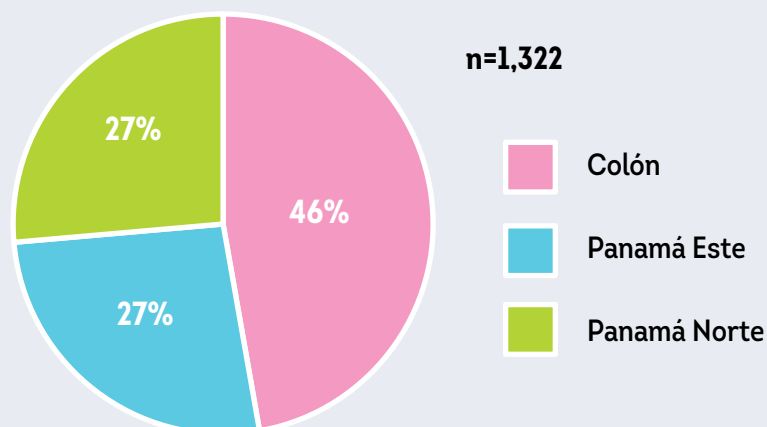
- Hospital Regional de Chepo (CSS)
- Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos (CSS)

Panamá Norte: 4 instalaciones del primer nivel de atención

- Centro de Salud de alcalde Díaz
- Centro de Salud de Chilibre
- Centro de Salud de Agua Buena
- ULAPS Edilberto Culiolis (CSS)

Se aplicaron **1,322** encuestas CAP para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes y los factores de riesgos vinculados al cáncer bucal.

El 46% (608/1,322) de los encuestados pertenecían a la Región de Colón, el 27% (362/1,322) a la Región de Panamá Norte, el 27% (361/1,322) a la Región de Panamá Este. Ver Gráfico 3.

GRÁFICO 3:**Fase 2, Etapa 2.** Población encuestada en las Regiones de Colón, Panamá Este y Panamá Norte. Año: 2022.

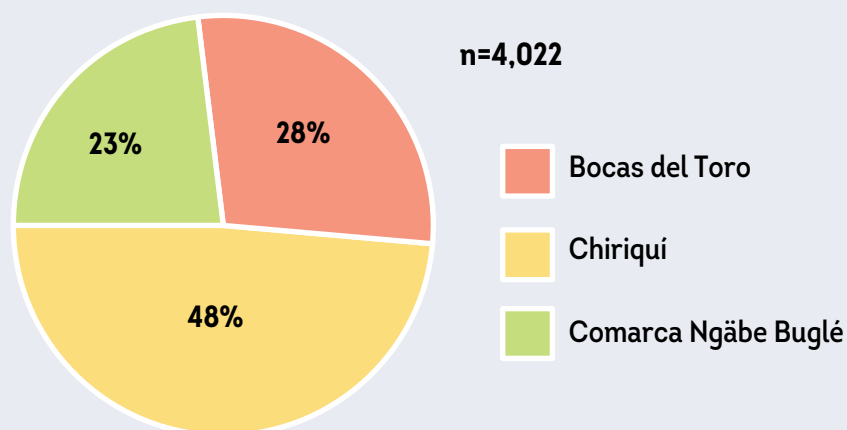
Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones de Colón, Panamá Este y Panamá Norte. Año: 2022.

8.5.2.3. Fase 2, Etapa 3, año 2023:

La investigación se desarrolló en las **Regiones de Salud de: Chiriquí, Bocas del Toro y Comarca Ngäbe Buglé**. Se encuestaron **n=4,022** pacientes de 15 años y más que asistieron a los servicios de salud bucal del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social, de las Regiones de Salud

de Bocas del Toro, Chiriquí y Comarca Ngäbe Buglé.

Del total de la sub muestra n=4,022 encuestados en la fase 2, etapa 3 del proyecto. El 48% (1,935/4,022) de los encuestados pertenecían a la Región de Salud de Chiriquí, el 28% (1,132/4,022) eran de la Región de Bocas del Toro, y el 23% (955/4,022) eran de la Comarca Ngäbe Buglé. Ver Gráfico 4.

GRÁFICO 4:**Fase 2, Etapa 3.** Población encuestada en las Regiones de Bocas del Toro, Chiriquí, Comarca Ngäbe Buglé. Año: 2023.

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones de Bocas del Toro, Chiriquí y Comarca Ngäbe Buglé. Año: 2023.

El estudio se realizó en **47 instalaciones de salud**: 34 instalaciones del Ministerio de Salud y 13 instalaciones de la Caja de Seguro Social, que corresponden a Centros de Salud, Policlínicas, ULAPS, MINSA CAPSI y Hospitales Regionales. Participaron un total de 47 instalaciones de salud del primer y segundo nivel de atención. Ver tabla 2.

En la Comarca Ngäbe Buglé se incluyeron 10 Centro de Salud: Centro de Salud de Quebrada Hacha, Llano Ñopo, Cerro Iglesias, Buenos Aires, El Bale, Soloy, Alto Caballero, Chami, Quebrada Loro, y Hato July. Participaron 10 odontólogos generales como examinadores del estudio, en la Comarca Ngäbe Buglé.

En la Región de Salud de Bocas del Toro se realizó el estudio en 7 instalaciones de Salud del MINSA: Centro de Salud de la Mesa, Caby Rodríguez, Antonio Preciado, Chiriquí Grande, Centro Materno Infantil (C.M.I.) Sandra Hernández, MINSA CAPSI Finca 30 y en el Hospital de Changuinola Dr. Raúl Dávila Mena. Como examinadores del estudio participaron 6 odontólogos generales y un especialista en maxilofacial del Hospital de Changuinola. En las Instalaciones de la Caja de Seguro Social participaron 3 hospitales: Hospital Regional de Chiriquí Grande, Hospital de Almirante, Hospital de Changuinola y la Policlínica de Guabito.

Participaron 5 odontólogos generales como examinadores del estudio. Las Biopsias en Bocas del Toro fueron realizadas por el Dr. Ismael Montero Cirujano Maxilofacial del Hospital de Changuinola Dr. Raúl Dávila Mena.

En la Región de Salud de Chiriquí participaron 17 instalaciones de salud del MINSA: catorce (14) Centros de Salud del primer nivel de atención: Centro de Salud de San Mateo, San Cristóbal, Barrio Bolívar, Las Lomas, Alanje, Boquerón, Tolé, Río Sereno, Boquete, Progreso, La Estrella, Aserrio, Santo Domingo, Gualaca. También participo el Policentro Barriada San José, el MINSA/CAPSI de Volcán y el MINSA/CAPSI de Dolega.

Como examinadores participaron 17 odontólogos generales y dos coordinadoras regionales de salud bucal, responsables del monitoreo del estudio en esta Región de Salud.

En la Caja de Seguro Social de la Región de Chiriquí el estudio se realizó en 4 instalaciones: 4 policlínicas: Policlínica de Divalá, Ernesto Pérez Balladares, Gustavo Ross, Pablo Espinoza, el Hospital Dionisio Arrocha de Puerto Armuelles, y la ULAP de Volcán, participaron 8 odontólogos generales y una especialista en periodoncia de la Policlínica Gustavo Ross que realizo las biopsias de las lesiones con sospecha de malignidad detectadas en el estudio.

TABLA 2: Número de Instalaciones de Salud del MINSA-CSS. Año: 2023.	
Región de Salud	Número de Instalaciones
Bocas del Toro	12
Chiriquí	25
Comarca Ngäbe Buglé	10
Total	47

Observación: 13 Instalaciones de CSS (8 Chiriquí y 5 Bocas del Toro).
Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones de Salud de Bocas del Toro, Chiriquí y Comarca Ngäbe Buglé. Año 2023.

IX. PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS

El protocolo del estudio “Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal, en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá”. Años 2017, 2019, 2022, 2023, fue valorado y aprobado por el Comité de Bioética de la Investigación del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. El protocolo fue evaluado, aprobado y registrado en el MINSA en la unidad de Regulación de Investigación para la Salud de la Dirección General de Salud Pública con el registro número **1107**.

Para el desarrollo de la Fase 2 de la investigación, en el 2019 se presentó y aprobó por el comité de Bioética la Enmienda 1 al Protocolo “Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal en población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá Años: 2016-2020”. En el 2022 y 2023 se realizaron las renovaciones anuales al protocolo en estudio, basado en los informes de progreso presentados al comité de bioética, aprobados según nota N° 041/CBI/ICGES/23, del 13 de febrero de 2023.

Los formularios de Asentimiento y Consentimiento Informado fueron igualmente aprobados por el Comité de Bioética del ICGES.

Los examinadores del estudio explicaron los objetivos del proyecto, al primer contacto con las personas o sujetos de estudio, se les hizo saber que este estudio era de carácter voluntario, confidencial y anónimo, se solicitó la participación voluntaria para el llenado de

la encuesta C.A.P., y el examen clínico extra e intra oral, y se mantuvo la confidencialidad de la información suministrada.

Los participantes tuvieron la libertad de dejar de participar en cualquier momento de la encuesta o dejar de responder algunas preguntas y de decidir si se le tomaba o no, la biopsia de las lesiones potencialmente malignas encontradas.

Este estudio se apegó a lo establecido en las Buenas Prácticas Clínicas y Normas de Armonización Internacionales, a las leyes y reglamentos que regulan el ejercicio médico, así como del personal técnico, a fin de garantizar que el sujeto participante sería tratado de forma ética, protegiendo su integridad física, emocional y respetando la confidencialidad de la información suministrada para los efectos del estudio.

X. PUBLICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS

La publicación de los resultados se realizó a través de un informe final impreso con el análisis estadístico de los resultados del estudio. La difusión también se realizó en formato electrónico y se incorporará en las páginas Web de las instituciones participantes. Igualmente, se realizarán publicaciones de artículos científicos, en revistas científicas indexadas.

Para la divulgación de los resultados del proyecto se organizarán jornadas, congresos, seminarios, campañas de promoción y prevención del cáncer bucal, además de la confección de banners, volantes, trípticos y artículos promocionales, a nivel nacional, nivel regional, universidades públicas y privadas, hospitales nacionales y la comunidad.

XI. VARIABLES DEL ESTUDIO

Variables	Variables contenidas en la variable principal	Definición	Indicador
Cáncer Bucal Crecimiento descontrolado y anormal de células de la boca, se les denomina células malignas	Histopatología	Estudio histológico de los tejidos sospechosos	Localización de la lesión Tamaño de la lesión Color Superficie Tinción histológica general
	Hiperplasia epitelial	Proliferación benigna de células epiteliales de la mucosa oral, caracterizada por lesiones papilomatosas que crecen lentamente, en los labios, lengua y mucosa oral. Se conocen por los sinónimos de epiteliosis y papilomatosis.	Localización Diámetro Extensión
	Carcinoma	Carcinoma: es una forma de cáncer con origen en células de tipo epitelial o glandular, de tipo maligno	Localización de la lesión Tamaño de la lesión Color Superficie
	Leucoplasia	Placa blanca de riesgo cuestionable, se considera lesión premaligna. Puede presentarse en las membranas de la mucosa bucal, piso de la boca, borde lateral de la lengua y en el paladar.	Localización de la lesión Tamaño de la lesión Color Superficie
	Displasia oral	Displasia epitelial oral, es un cambio anormal en las células que recubren la cavidad oral, debido a alteraciones en el proceso de maduración, caracterizada por una modificación irreversible del ADN. Se presenta en mucosa bucal, tejido de los labios, encías, piso de boca, paladar duro, 2/3 de la lengua.	Localización de la lesión Tamaño de la lesión Color Superficie

Variables	Variables contenidas en la variable principal	Definición	Indicador
Cáncer Bucal Crecimiento descontrolado y anormal de células de la boca, se les denomina células malignas	Eritoplasia	Placa de color rojo, aterciopelada, asintomática y elevada, de etiología desconocida. Puede presentarse en el paladar blando, piso de la boca, lengua y mucosa alveolar de la mandíbula.	Localización de la lesión Tamaño de la lesión Color Superficie
	Úlceras bucales	Las úlceras bucales son llagas superficiales y dolorosas que se producen en la boca. Por lo general son rojas, a veces, pueden tener un recubrimiento blanco.	Localización de la lesión Tamaño de la lesión Color Superficie
	Estomatitis Nicotínica	La estomatitis nicotínica se caracteriza por queratosis difusa con formación de numerosos nódulos umbilicados. Esta condición es el resultado de la irritación del humo y sustancias químicas del tabaco caliente que entra en contacto de la superficie del paladar.	Localización de la lesión Tamaño de la lesión Color Superficie
	Prótesis dental desajustada	Rehabilitación parcial o total dental a través de dentaduras postizas, las cuales están desadaptadas de los rebordes óseos o dentadura, sin apoyo, agarre o fijación, pueden cubrir o no el paladar.	Tipo de prótesis total, monomaxilar, removible o parcial.
Prevención en salud bucal Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una situación considerada negativa para la salud bucal	Cobertura de atención	Atención por primera vez en una instalación de salud en el año.	Control de salud bucal Consulta en el año
	Tabaquismo	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco. Factor de riesgo para cáncer bucal.	Frecuencia de consumo Tipo de tabaco
	Alcoholismo	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo del alcohol.	Frecuencia de consumo Tipo de bebida alcohólica

Variables	Variables contenidas en la variable principal	Definición	Indicador
Prevención en salud bucal Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una situación considerada negativa para la salud bucal	Hábito sexual	Práctica sexual.	Tipo de práctica sexual: vaginal, oral, anal
	Comidas calientes	Es la mezcla o combinación de productos alimenticios o bebidas que excedan la temperatura soportada por el tejido bucal y dental.	Temperatura del alimento o bebida mayor a 50 grados celsius
	Mala alimentación	Desbalance nutricional , por exceso o falta de nutrientes, generando trastornos de salud que pueden llegar a ser graves.	Tipo de alimentación
	Inactividad física o sedentarismo	Estilo de vida cotidiano sin ejercicio físico, que puede aumentar el riesgo de problemas de salud.	Tipo de inactividad física

Variables contenidas en la variable principal	Definición	Indicador
Diabetes	Enfermedad crónica caracterizada por deficiencia de metabolismo de carbohidratos en el páncreas, por deficiencia en la producción de insulina.	Glicemia en sangre
Hipertensión	Enfermedad crónica caracterizada por aumento de la presión sanguínea.	Mayores de 140 Mm/Hg sistólica
		Mayores de 90 mm/Hg diastólica
Lupus eritematoso	Enfermedad autoinmune crónica que afecta al tejido conjuntivo, caracterizada por inflamación y daño de tejidos mediado por el sistema inmunitario, debido a la unión de anticuerpos a las células del organismo.	Historia médica
		Pruebas de laboratorio
		Sintomatología clínica
VIH/SIDA	VIH infección por el virus de inmunodeficiencia humana. El VIH es un virus que mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo. SIDA es la sigla del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es el estado más avanzado de esta infección.	Prueba de Elisa
		Prueba Western Blot

Variables contenidas en la variable principal	Definición	Indicador
Ingreso	Estatus monetario de la familia	Ingreso mensual promedio de la familia en unidad monetaria
Oficio u ocupación	Trabajo que se desempeña según grado de estudios.	Tipo de trabajo que realiza
Años cumplidos	Número de años cumplidos desde la fecha de nacimiento.	Años cumplidos
Hombre	Características físicas que distinguen al hombre y a la mujer	Femenino o masculino
Mujer		
Historia familiar de cáncer	Registro histórico con evidencia genética.	Historia clínica actual o pasada
Residencia (provincia, distrito/comunidad)	Lugar donde se reside o proviene.	Localización geográfica



ANÁLISIS DE RESULTADOS

XII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se digitaron los datos acordes a la codificación previamente establecida en la encuesta utilizada para el estudio, años 2017-2023. Se realizó una depuración, limpieza manual y mecánica de los datos, se consolidaron y alinearon las distintas bases de datos creadas en la fase 1 y fase 2 del proyecto en un solo máster de datos.

Se diseñó una base de datos para 15,214 encuestas de la muestra nacional de los estudios realizados en el 2017 en las Regiones de San Miguelito, Metropolitana y Panamá Oeste; en el año 2019 en las Regiones de Salud de Coclé, Herrera, Los Santos y Veraguas; en el año 2022 en las Regiones de Salud de Colón, Panamá Norte y Panamá Este; y en el año 2023 en las Regiones de Salud de Chiriquí, Bocas del Toro y Comarca Ngäbe Buglé.

Para el análisis de las bases de datos 2017-2023 se utilizaron tablas de frecuencia cruzadas, análisis de correspondencia simple y múltiple, pruebas estadísticas binarias y multimodal, interpretación estadística de los resultados según los objetivos del estudio, comparaciones de las variables y asociaciones con los factores de riesgo identificados para el cáncer bucal en las regiones de salud incluidas en el estudio. Se importaron los datos desde Epi-Info a Excel y luego al programa XLSTAT 2019.

12.1. Información General

Participaron **191 instalaciones** de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención del

Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social en 13 Regiones de Salud, y se encuestaron **N=15,214** pacientes de 15 años y más.

12.2. Población Encuestada

En relación con la población de 15 años y más encuestada en 13 Regiones de Salud, dio como resultado una muestra total de **15,214** pacientes examinados.

Por año de estudio, en el 2017 se realizó la fase 1 de la investigación donde se encuestaron un 26% (3,962/15,214) de la población de 15 años y más correspondientes a las Regiones de Salud Metropolitana, Panamá Oeste y la Región de San Miguelito.

En el 2019 se desarrolló la Fase 2 de la investigación, por metodología las regiones incluidas en el estudio se agruparon por accesibilidad geográfica en 3 etapas. La **1era Etapa** correspondió a la Regiones de Coclé, Herrera, Los Santos y Veraguas, donde se encuestaron un 38.8% (5,908/15,214) de pacientes en la investigación.

La **Etapa 2** se realizó en las Regiones de Colón, Panamá Este y Panamá Norte, en el año 2022, el estudio se vio impactado por la pandemia Covid-19 lo que afectó el trabajo de campo, donde hubo una baja participación de pacientes y examinadores reportándose solo un 11.5% (1,322/15,214) de pacientes examinados en las Regiones de Colón, Panamá

Este y Panamá Norte. En el año 2023 se desarrolló la Fase 2, **Etapas 3** en las Regiones de Bocas del Toro, Chiriquí y Comarca Ngäbe Buglé donde se examinaron un **26.4%**

(4,022/15,214) de pacientes de 15 años y más, observándose un incremento en la muestra con respecto al año anterior. (Ver Tabla 3, Gráfico 5).

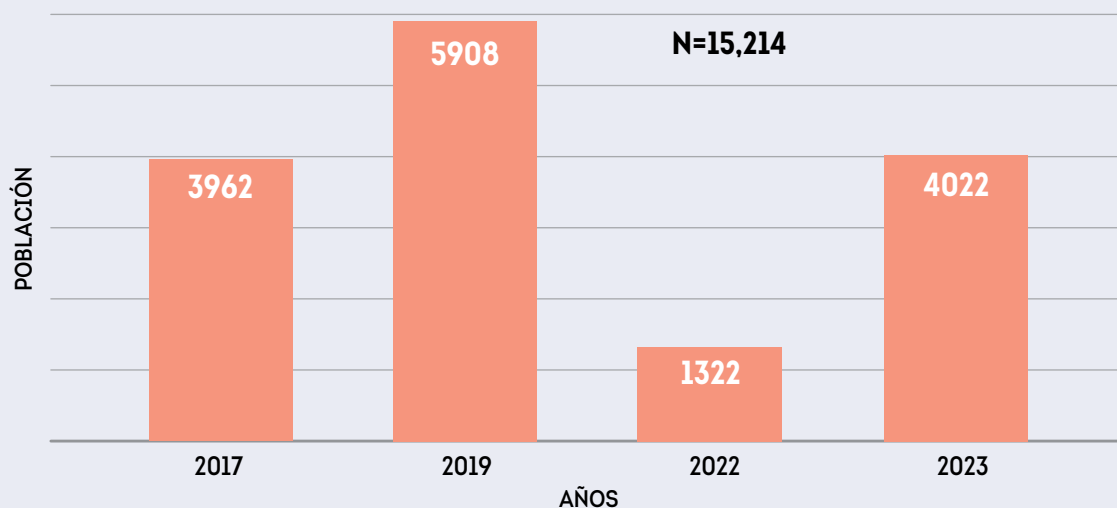
TABLA 3: Distribución de la Población Estudiada, según Año de Estudio y Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Regiones de Salud	Frecuencia	Porcentaje
Fase 1:		
2017	3,962	26.0%
Metropolitana	2,316	15.2%
Panamá Oeste	725	4.8%
San Miguelito	921	6.1%
Fase 2:		
2019	5,908	38.8%
Coclé	1,600	10.5%
Herrera	961	6.3%
Los Santos	1,591	10.5%
Veraguas	1,756	11.5%
2022	1,322	8.7%
Colón	611	4.0%
Panamá Este	358	2.4%
Panamá Norte	353	2.3%
2023	4,022	26.4%
Bocas del Toro	1,132	7.4%
Chiriquí	1,935	12.7%
Comarca Ngäbe Buglé	955	6.3%
Total	15,214	100.0%

Fuente: Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal en la Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023. *8 Datos depurados.

GRÁFICO 5:

Población de 15 Años y más Encuestada por Año de Estudio. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

La investigación se realizó en **191 instalaciones** de salud de 13 Regiones de Salud: **98 instalaciones del MINSA y 93 instalaciones de la CSS**. Las instalaciones de salud participantes corresponden a Centros de Salud, Policentros de Salud, Policlinicas de la C.S.S, ULAPS (Unidad local de atención primaria de salud), MINSA-CAPPS (Centro de atención, promoción y prevención de salud), CAPSI, Hospitales Regionales de Salud. La mayor cantidad de instalaciones encuestadas

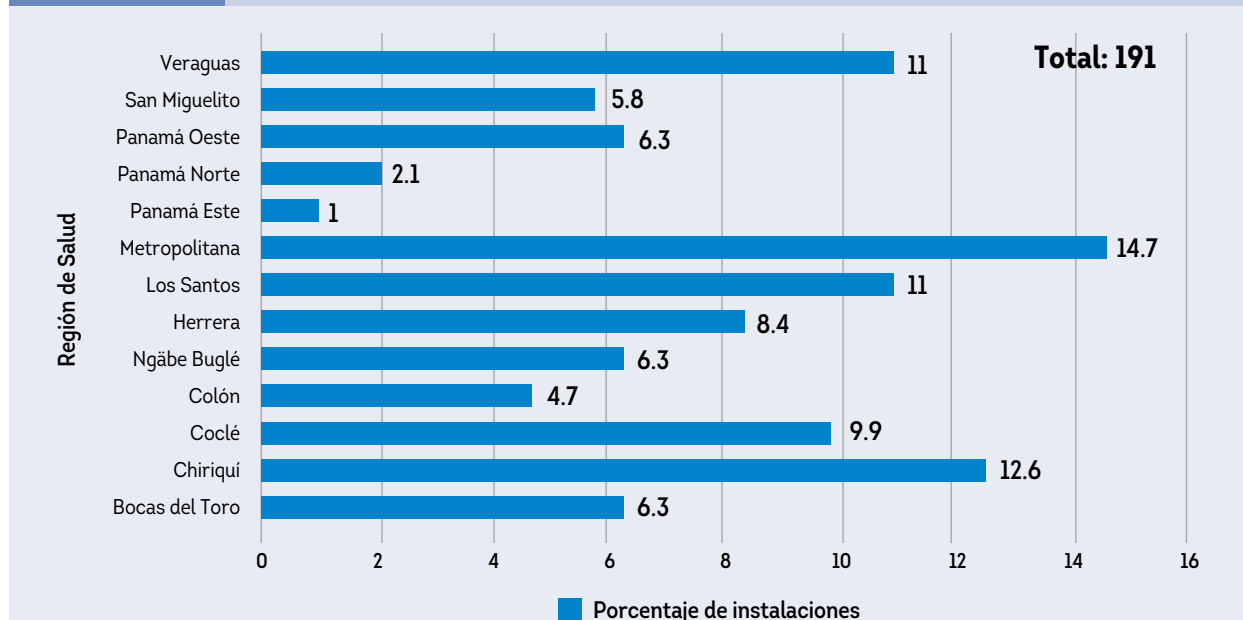
se reportaron en la Región Metropolitana con 14.7% (28/191) instalaciones estudiadas, le sigue la Región de Chiriquí con 12.6% (24/191), la Región de Veraguas con 11% (21/191) y la Región de Los Santos también con 11% (21/191) respectivamente. Las Regiones de Panamá Este y Panamá Norte reportaron una menor cantidad de instalaciones incluidas en esta investigación por la situación de la pandemia Covid-19. (Ver Tabla 4, Gráfico 6).

TABLA 4: Número de Instalaciones de Salud Encuestadas, MINSA/CSS, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Regiones de Salud	Instalaciones de Salud	
	Nº	%
Bocas del Toro	12	6.3%
Chiriquí	24	12.6%
Coclé	19	9.9%
Colón	9	4.7%
Comarca Ngäbe Buglé	12	6.3%
Herrera	16	8.4%
Los Santos	21	11.0%
Metropolitana	28	14.7%
Panamá Este	2	1.0%
Panamá Norte	4	2.1%
Panamá Oeste	12	6.3%
San Miguelito	11	5.8%
Veraguas	21	11.0%
Total	191	100.0%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

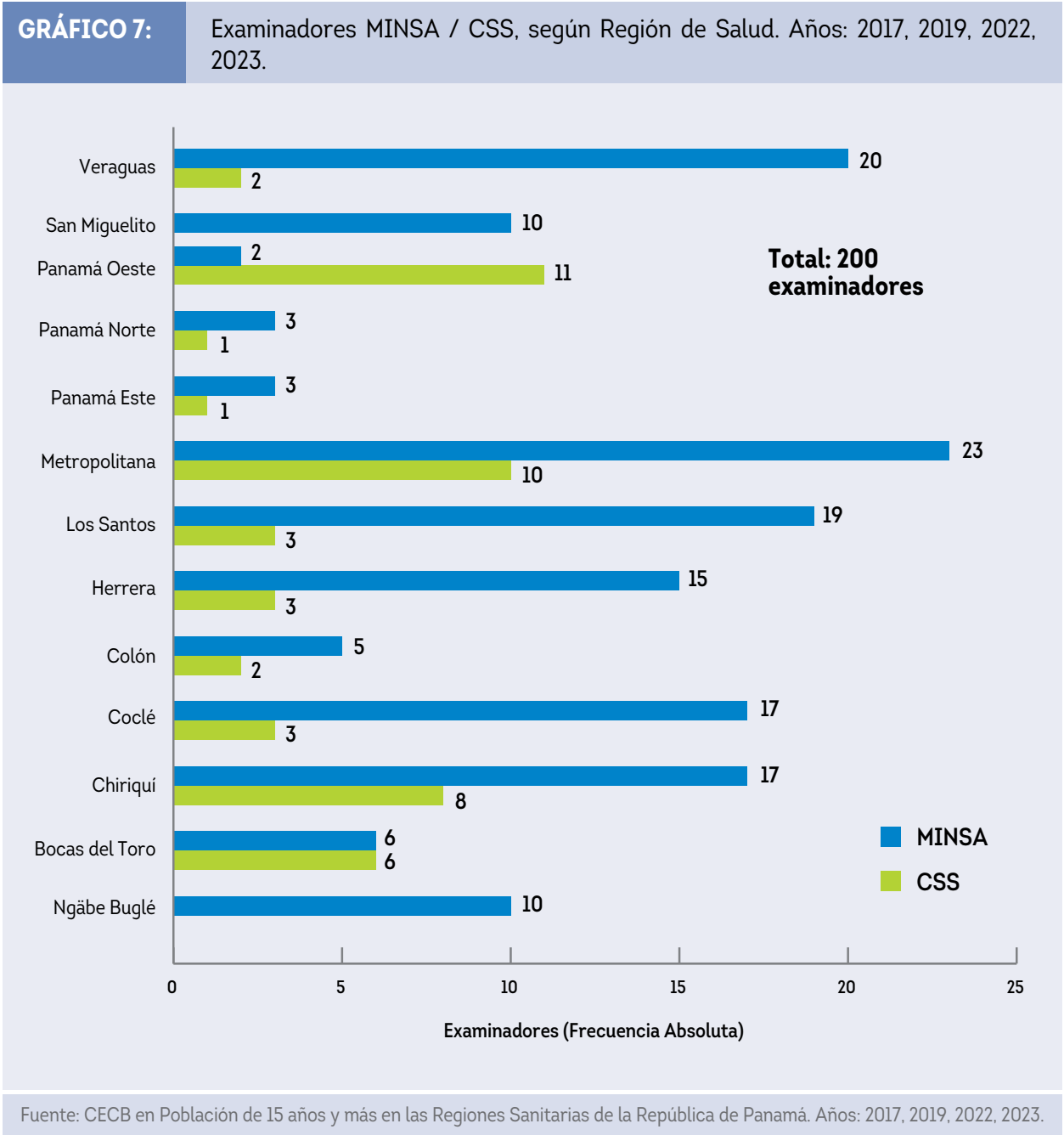
GRÁFICO 6: Porcentaje de Instalaciones de Salud Participantes en el Estudio, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Participaron como examinadores un total de 200 odontólogos generales del primer nivel de atención de los Centros de Salud y Policlínicas de la CSS de las Regiones de Salud incluidas en la investigación, 150 examinadores eran del Ministerio de Salud (MINSA) y 50 examinadores

eran de la Caja de Seguro Social (CSS). También se capacitaron 13 coordinadores regionales de salud bucal, 125 estudiantes de odontología del último año y 10 odontólogos internos de la CSS de las Regiones de Chiriquí y Bocas del Toro.



Con relación a las encuestas realizadas por Institución de Salud según Región de Salud se puede observar que la mayoría 55% (8,236/15,214) de las encuestas fueron aplicadas en las Instalaciones de Salud del MINSA y un 46% (6,928/15,214) se aplicaron en las Instalaciones de Salud de la CSS. (Ver Tabla 5).

También se observó que las Regiones de Salud con mayor participación institucional dentro de estudio fueron la Región Metropolitana con un 15.2% (2,316/15,214) de participación, la Región de Chiriquí con un 12.7% (1,935/15,214), y la Región de Veraguas con un 11.5% (1,756/15,214) respectivamente.

TABLA 5: Encuestas Realizadas por Institución de Salud MINSA, CSS, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Regiones de Salud	Participación de la C.S.S.		Participación del MINSA		Total General	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bocas del Toro	871	5.7%	261	1.7%	1,132	7.4%
Chiriquí	1,799	11.8%	136	0.9%	1,935	12.7%
Coclé	1,311	8.6%	289	1.9%	1,600	10.5%
Colón	214	1.4%	399	2.6%	613	4.0%
Comarca Ngäbe Buglé		0.0%	955	6.3%	955	6.3%
Herrera	235	1.5%	726	4.8%	961	6.3%
Los Santos	888	5.8%	703	4.6%	1,591	10.5%
Metropolitana	710	4.7%	1,606	10.6%	2,316	15.2%
Panamá Este	86	0.6%	270	1.8%	356	2.3%
Panamá Norte	93	0.6%	260	1.7%	353	2.3%
Panamá Oeste	521	3.4%	204	1.3%	725	4.8%
San Miguelito	129	0.8%	792	5.2%	921	6.1%
Veraguas	71	0.5%	1,685	11.1%	1,756	11.5%
Total	6,928	45.5%	8,286	54.5%	15,214	100.0%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

12.3. Características Sociodemográficas de la Población Encuestada

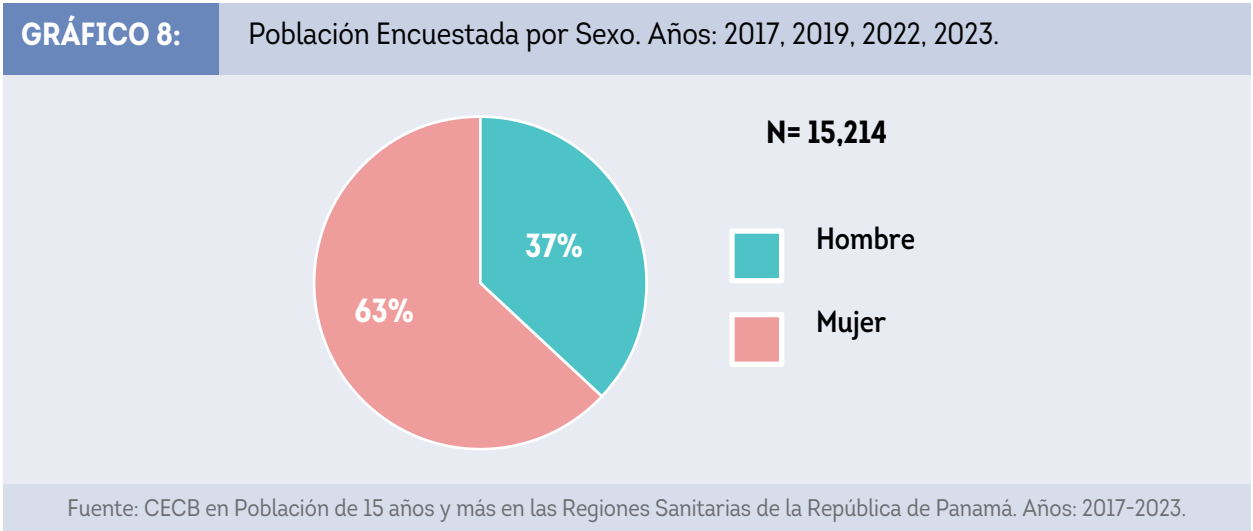
Con relación al sexo de la población encuestada se observó que el 63.1% (9,584/15,189) de la muestra fueron mujeres y un 36.9% (5,605/15,189) fueron hombres. (Ver Gráfico 8).

Según grupos de edad se observó que la mayor proporción de los examinados

corresponden a la edad de 15-24 años con un 28.2% (4,285/15,189), le siguen el grupo de edad de 25 a 34 años con un 25.4% (3,855/15,189) y con un 17.6% (2,670/15,189) el grupo de edad de 35 a 44 años, se evidencia que las proporciones de la participación de los grupos de edad de 45 a 75 años fue baja. Los datos reflejan que la mayor proporción de la población encuestada lo representan las mujeres en edades de 15 a 44 años. (Ver Tabla 6).

TABLA 6: Distribución de la Población Encuestada por Sexo, según Grupo de Edad. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.						
Grupo de edad	Hombre		Mujer		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15-24	1,800	11.9%	2,485	16.4%	4,285	28.2%
25-34	1,397	9.2%	2,458	16.2%	3,855	25.4%
35-44	852	5.6%	1,818	12.0%	2,670	17.6%
45-54	665	4.4%	1,474	9.7%	2,139	14.1%
55-64	505	3.3%	826	5.4%	1,331	8.8%
65-74	286	1.9%	409	2.7%	695	4.6%
75 y más	100	0.7%	114	0.8%	214	1.4%
Total	5,605	36.9%	9,584	63.1%	15,189	100.0%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017-2023. 25 datos depurados.



Con respecto a la población encuestada protegida por la seguridad social, los resultados indicaron que un 55.7% (8,478/15,214) eran pacientes asegurados y un 43.2% (6,565/15,214) eran no asegurados. La mayor proporción de pacientes asegurados estuvo en la Región

Metropolitana con un 10% (1,525/15,214), le sigue la Región de Chiriquí con un 7.7% (1,171/15,214), la Región de Los Santos con un 6.8% (1,033/15,214) y la Región de Coclé con un 5.4% (819/15,214), respectivamente. (Ver Tabla 7)

TABLA 7: Distribución de la Población Protegida y No Protegida por el Seguro Social, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Regiones de Salud	Población No Asegurada		Población Asegurada		No Respondieron		Total General	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bocas del Toro	476	3.1%	650	4.3%	6	0.0%	1,132	7.4%
Chiriquí	737	4.8%	1,171	7.7%	27	0.2%	1,935	12.7%
Coclé	776	5.1%	819	5.4%	5	0.0%	1,600	10.5%
Colón	249	1.6%	355	2.3%	7	0.0%	611	4.0%
Comarca Ngäbe Buglé	881	5.8%	61	0.4%	13	0.1%	955	6.3%
Herrera	296	1.9%	659	4.3%	6	0.0%	961	6.3%
Los Santos	542	3.6%	1,033	6.8%	16	0.1%	1,591	10.5%
Metropolitana	735	4.8%	1,525	10.0%	56	0.4%	2,316	15.2%
Panamá Este	130	0.9%	226	1.5%	2	0.0%	358	2.4%
Panamá Norte	145	1.0%	207	1.4%	1	0.0%	353	2.3%
Panamá Oeste	101	0.7%	612	4.0%	12	0.1%	725	4.8%
San Miguelito	470	3.1%	445	2.9%	6	0.0%	921	6.1%
Total	6,565	43.2%	8,478	55.7%	171	1.1%	15,214	100.0%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Se observa que el 28% (4,252/15,214) de los participantes del estudio tienen estudios secundarios completos le sigue, un 23% (3,495/15,214) población encuestada con estudios de secundaria incompleta y un 13.6%

(2,076/15,214) con estudios universitarios completos. Solo un 13.3% indicaron que tenían estudios primarios completos. El 1.4% (214/15,214) de los encuestados en el estudio se reportó sin escolaridad. (Ver Tabla 8)

TABLA 8: Grado de Escolaridad de los Participantes del Estudio. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.		
Grado de Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria completa	2,023	13.3%
Primaria incompleta	650	4.3%
Secundaria completa	4,252	27.9%
Secundaria incompleta	3,495	23.0%
Técnico	408	2.7%
Universidad completa	2,076	13.6%
Universidad incompleta	1,906	12.5%
Post Grado	190	1.2%
Ninguno	214	1.4%
Total general	15,214	100.0%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Con relación a la distribución de la población de 15 años y más encuestada, un 14% (2,175/15,214) eran **indígenas**. El 82.30 % (1,790/15,214) eran de la etnia Ngäbe Buglé. La mayoría un 85.30 % (12,977/15,214) de los encuestados eran no

indígenas, el 67.4 % (8,744/15,214) eran latinos y un 3% (375/15,214) eran afroamericanos y una minoría 2% (200/15,214) eran caucásico y solo 1% (37/15,214) eran asiáticos. Ver Tabla 9, Gráfico 9.

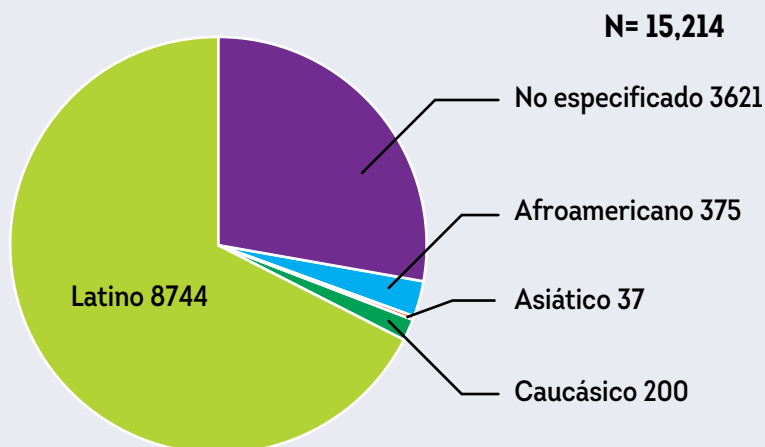
TABLA 9: Distribución de la Población Encuestada, según Grupo Étnico. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Grupo Étnico	Frecuencia	Porcentaje
Indígena	2,175	14.30%
Bri-Bri	1	0.05%
Emberá-Wounaan	26	1.20%
Guna	24	1.10%
Indígena no panameño	10	0.46%
No especificado	279	12.83%
Naso	45	2.07%
Comarca Ngäbe Buglé	1,790	82.30%
No indígena	12,977	85.30%
Afroamericano	375	2.89%
Asiático	37	0.29%
Caucásico	200	1.54%
Latino	8,744	67.38%
No especificado	3,621	27.90%
No respondió	62	0.41%
Total general	15,214	100.00%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

GRÁFICO 9:

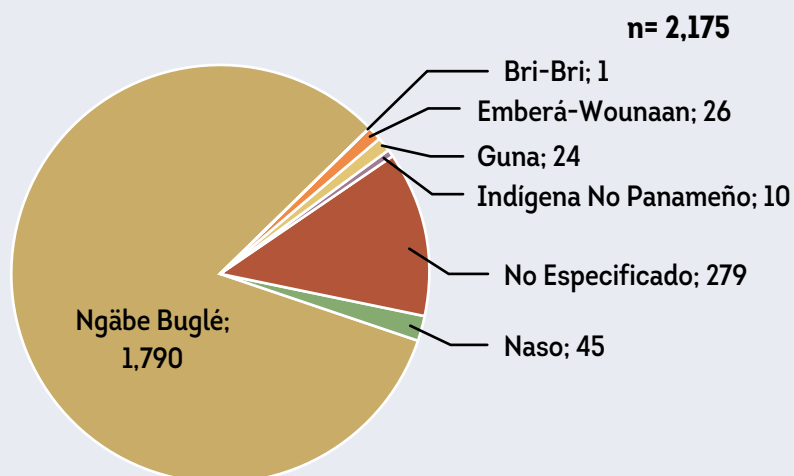
Distribución de la Población Encuestada, según Grupo no Indígena. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

GRÁFICO 10:

Distribución de la Población Encuestada, según Grupo Indígena. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Con relación al ingreso familiar mensual del total de los entrevistados se observó que la mayoría de los pacientes examinados se encontraban en el rango de menos 100 balboas (3,233/15,214), le sigue el rango de 301-500 balboas (2,652/15,214) y el rango de 501-700 balboas (2,449/15,214). También se observó que en el rango de

1,201 y más se reportaron (1,610/15,214) examinados, y muy pocos indicaron tener ingresos de 101-300 balboas (1,368/15,214). Se concluye que el 48% (7,253/15,214) del total de la población encuestada reportó ingresos familiares inferiores a 500.00 balboas por mes. (Ver Tabla 10)

TABLA 10:**Distribución de la Población Encuestada, según Grupo Étnico. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.**

Regiones de Salud	Ingresos Familiares										Total (N° - %)
	Menos 100	101-300	301-500	501-700	701-900	901-1200	1201 y más	No sabe	No contestó		
Bocas del Toro	170	298	188	104	60	70	132	110		1132	7.44%
Chiriquí	122	440	377	322	179	173	184	138		1935	12.72%
Coclé	228	429	332	221	125	86	59	120		1600	10.52%
Colón	48	147	96	113	68	55	67	17		611	4.02%
Comarca Ngäbe Buglé	487	286	67	36	16	5	5	53		955	6.28%
Herrera	65	191	182	144	114	93	98	74		961	6.32%
Los Santos	141	466	292	252	121	111	134	74		1591	10.46%
Metropolitana	28	196	329	533	310	278	309		333	2316	15.22%
Panamá Este	13	49	88	97	40	25	34	12		358	2.35%
Panamá Norte	11	27	36	52	69	69	48	41		353	2.32%
Panamá Oeste	16	74	124	134	103	85	122		67	725	4.77%
San Miguelito	37	82	149	203	97	69	74		210	921	6.05%
Total	3,233	1,368	2,652	2,449	1,391	1,208	1,610	693	610	15,214	100.00%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Para la variable ocupación se clasificaron y agruparon las ocupaciones más comunes y afines basadas en lo dispuesto por la dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República. El estudio reportó que un 27% (4,143/15,214) de los encuestados eran **amas**

de casa/domésticas, un 8% (1,235/15,214) eran **administrativos**, un 7% (1,069/15,214) de los participantes eran desempleados. Un 45% (6,804/15,214) indicaron otras profesiones no especificadas en la encuesta. (Ver Tabla 11-12)

TABLA 11: Población de 15 años y más Encuestada, según Ocupación Años: 2017, 2018, 2022, 2023.

Ocupación de los Participantes	Nº	%
Ama de casa/doméstica	4,143	27.23%
Administrativo	1,235	8.12%
Desempleado	1,069	7.03%
Técnico	677	4.45%
Salud	552	3.63%
Educador	322	2.12%
Constructor	321	2.11%
No respondieron	91	0.60%
Otro	6,804	44.72%
Total	15,214	100.00%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

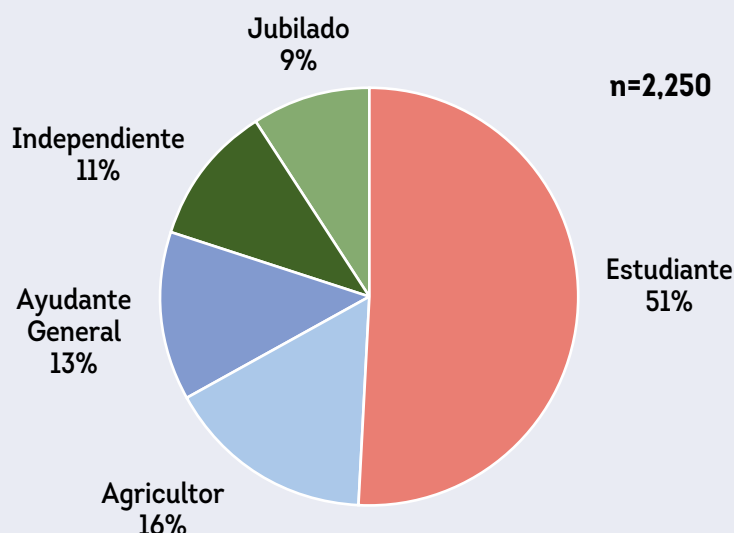
TABLA 12: Categoría de Otras Ocupaciones. Años: 2017, 2018, 2022, 2023.

Ocupación	Nº	%
Estudiante	1,143	51%
Agricultor	357	16%
Ayudante General	300	13%
Independiente	257	11%
Jubilado	193	9%
Total	2,250	100%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

GRÁFICO 11:

Ocupaciones más Comunes, en la Categoría de Otra Ocupación, en la Población Estudiada. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

El 45% (6,804/15,214) de los pacientes examinados reportaron que tenían otras ocupaciones no especificadas en este estudio, entre las cuales se registraron las ocupaciones más comunes: un 51% (1,143/2,250) reportaron que eran estudiantes, un 16% (357/2,250) eran agricultores, un 13% (300/2,250) eran ayudante general, también se destacaron los trabajadores independientes (257/2,250) y los jubilados (193/2,250) en menor proporción. (Ver Gráfico 11)

12.4. Conocimientos, Actitudes y Prácticas para la prevención el cáncer bucal. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

En el estudio se aplicó una encuesta CAP para obtener información de los conocimientos, actitudes y prácticas para la prevención del cáncer bucal, con el objetivo de recopilar

datos a través de un cuestionario estructurado aplicado a través de una entrevista a la población estudiada mayor de 15 años. Los resultados proporcionaron información de lo que percibe o sabe (conocimiento), lo que se cree (actitud) y lo que se hace (práctica) con relación a la enfermedad de cáncer bucal, información valiosa para la planificación e implementación de programas educativos de salud pública, para la promoción, prevención y detección temprana del cáncer bucal. La disponibilidad de cambiar los comportamientos, modificar conductas de riesgo y promover estilos de vida saludables, hacia el abordaje preventivo del cáncer bucal. Las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas se aplicaron a la población estudiada, para evaluar los niveles de concienciación sobre la salud bucal, las conductas de riesgo, y las prácticas de búsqueda de atención de salud bucal, antes de diseñar e implementar programas educativos y de intervención a la población.

Se identificaron los niveles de conocimientos básicos, mitos, conceptos erróneos, actitudes, creencias y comportamientos en relación con el cáncer bucal.

12.4.1. Conocimientos para la Prevención del Cáncer Bucal. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Para medir la variable nivel de conocimiento general de la población encuestada en trece (13) regiones de salud incluidas en el estudio se ponderaron a criterio del investigador las preguntas relacionadas al conocimiento, preguntas de selección múltiple, donde los encuestados podían seleccionar más de una opción en la respuesta. Para este análisis se incluyeron las preguntas sobre aspectos relacionados al conocimiento que tiene la población con relación a si conoce que existe el cáncer de boca, lugar de la boca donde se produce el cáncer, los síntomas de esta enfermedad, los factores o causas que producen el cáncer bucal, los hábitos de prevención, factores de riesgo relacionados a la enfermedad cáncer bucal, si conocen que es el virus de papiloma humano (VPH), y su relación con el desarrollo del cáncer bucal. Fueron categorizadas de acuerdo a si tenían o no las características para el análisis, asignando una puntuación si la respuesta era correcta o no. Con relación a las preguntas donde el encuestado podía escoger más de una opción para la respuesta, si respondía todas las respuestas correctas se le daba una puntuación de 5 o 6 puntos y si se escogía la respuesta incorrecta se le daba una puntuación de cero (0) puntos, y así sucesivamente haciendo un total de 28 puntos para las respuestas correctas.

Se procedió a categorizar en cuartiles el puntaje obtenido de las preguntas evaluadas para medir el nivel de conocimiento, el 25% de 28 puntos

equivale a 7 puntos, el 50% equivale a 14 puntos, el 75% equivale a 21 puntos, y el 100% equivale a 28 puntos, con estos límites se crearon las categorías para medir el nivel de conocimiento, clasificándolas en deficiente, regular, bueno, y excelente.

Categoría de 0-7 puntos = **Conocimiento deficiente**, categoría de 8-14 puntos = **conocimiento regular**. Categoría de 14-21 puntos = **conocimiento bueno**, categoría de 22-28 puntos = **conocimiento excelente**.

Para el análisis del nivel de conocimiento, se procedió hacer tablas cruzadas con las variables: región de salud, edad, sexo.

Se concluye que el 51% (7,708/15,214) de la población encuestada presentó un conocimiento deficiente en todas las preguntas evaluadas.

Las regiones con mayor proporción de **conocimiento excelente** sobre el cáncer bucal fueron: Los Santos con un 22% y Chiriquí con un 18.95%, le siguen las regiones de Panamá Oeste con un 11.4% y la región de San Miguelito con un 9.1%. Los Santos sobresale como la región con el mayor porcentaje tanto en el nivel **excelente** (22%) como en el nivel **bueno** (18.2%), lo que indica una mejor educación o acceso a información sobre prevención del cáncer bucal.

Las regiones de Chiriquí con un 15.2% y Metropolitana con un 12.5%, también reportaron un nivel de conocimiento bueno.

La mayor cantidad de personas con un nivel **deficiente** de conocimiento sobre las medidas de prevención del cáncer bucal se reportó en la región Metropolitana de Salud con un 15.9% y en la región de Veraguas con un 14.8%, le sigue la región de Chiriquí con un 13.5%. Lo que sugiere la necesidad de reforzar las intervenciones

educativas y campañas de prevención y concientización en el autoexamen bucal.

Se concluye que las regiones de salud de Panamá Este y Panamá Norte tienen un bajo peso poblacional, pero también una muy baja proporción de conocimiento excelente.

La Comarca Ngäbe Buglé muestra un patrón mixto con alta proporción de nivel deficiente (8.5%) y regular (4.1%) de conocimiento, lo que podría reflejar desigualdades estructurales y culturales en cuanto al acceso a la información relacionados a las medidas de prevención del cáncer bucal.

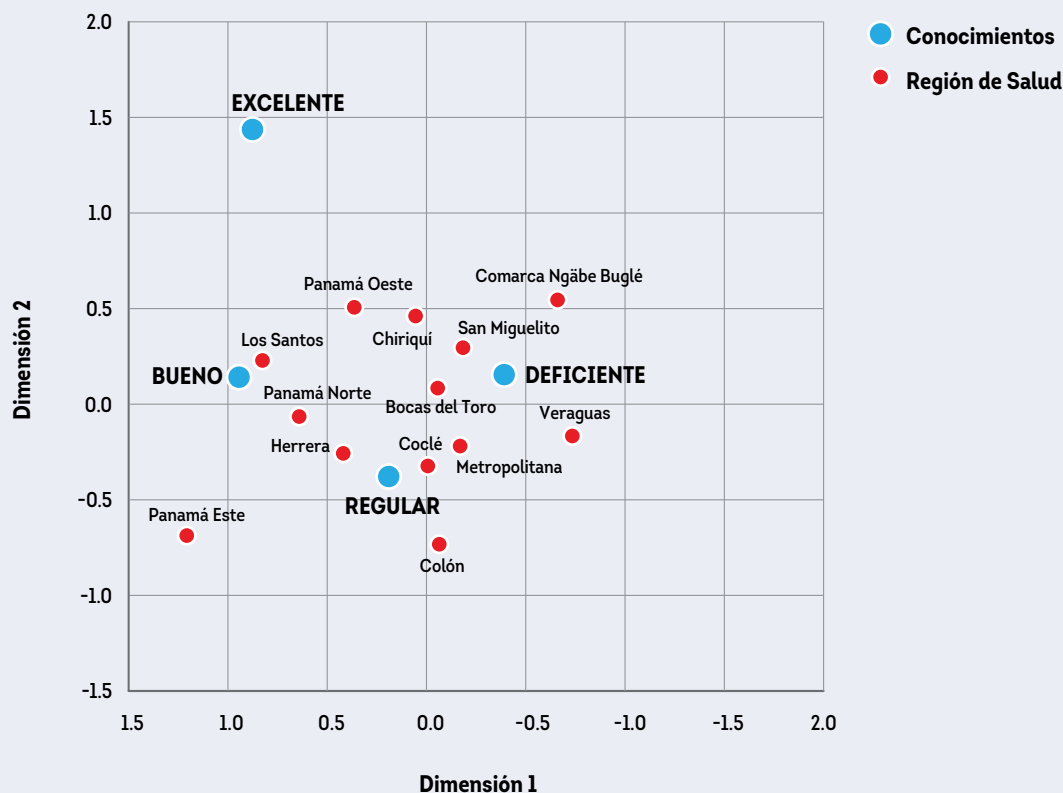
TABLA 13: Pacientes de acuerdo con su Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer Bucal, según Región de Salud. Años: 2017-2023.

Regiones de Salud	Nivel de Conocimiento									
	BUENO		DEFICIENTE		EXCELENTE		REGULAR		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bocas del Toro	151	7.9%	606	7.9%	29	6.0%	346	6.8%	1132	7.4%
Chiriquí	292	15.2%	1,041	13.5%	91	18.9%	511	10.0%	1,935	12.7%
Coclé	184	9.6%	772	10.0%	29	6.0%	615	12.1%	1,600	10.5%
Colón	54	2.8%	278	3.6%	3	0.6%	276	5.4%	611	4.0%
Ngäbe Buglé	55	2.9%	655	8.5%	34	7.1%	211	4.1%	955	6.3%
Herrera	153	8.0%	378	4.9%	35	7.3%	395	7.7%	961	6.3%
Los Santos	350	18.2%	556	7.2%	106	22.0%	579	11.3%	1,591	10.5%
Metropolitana	241	12.5%	1,222	15.9%	35	7.3%	818	16.0%	2,316	15.2%
Panamá Este	104	5.4%	83	1.1%	6	1.2%	165	3.2%	358	2.4%
Panamá Norte	81	4.2%	138	1.8%	11	2.3%	123	2.4%	353	2.3%
Panamá Oeste	110	5.7%	327	4.2%	55	11.4%	233	4.6%	725	4.8%
San Miguelito	82	4.3%	511	6.6%	44	9.1%	284	5.6%	921	6.1%
Veraguas	66	3.4%	1141	14.8%	3	0.6%	546	10.7%	1,756	11.5%
Total	1,923	100%	7,708	100 %	481	100 %	5,102	100 %	15,214	100 %

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023

GRÁFICO 12:

Pacientes de acuerdo con su Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer Bucal, según Región de Salud. Años: 2017- 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Interpretación general del gráfico 12-13-14

- **Ejes (Dimensión 1 y Dimensión 2):** Representan combinaciones lineales que explican la mayor variabilidad de los datos categóricos. Son como los “factores principales” en un análisis multivariado.
- **Colores y variables**
 - **Celeste (Conocimientos):** Clasificación del nivel de conocimiento (Excelente, Bueno, Regular, Deficiente).
 - **Rojo (Edad):** Grupos de edad (15 a 34, 35 a 54, 55 y más).
 - **Verde (Sexos):** Hombre y Mujer.

- **Cercanía entre puntos:** Indica **asociaciones**. Si dos puntos están cerca, comparten perfiles similares. Por ejemplo:
 - En nivel de conocimiento **Excelente** no se asocia con ningún grupo etario, ni género claramente, pero se aleja del conocimiento Deficiente, a los 55 años y más, y hombre.
 - Deficiente está más cerca del grupo 15 a 34 y hombre, lo que **podría sugerir** que los hombres jóvenes tienen mayor proporción en ese nivel.
 - Regular se asocia más con mujer y con edades de 35 a 54 años.

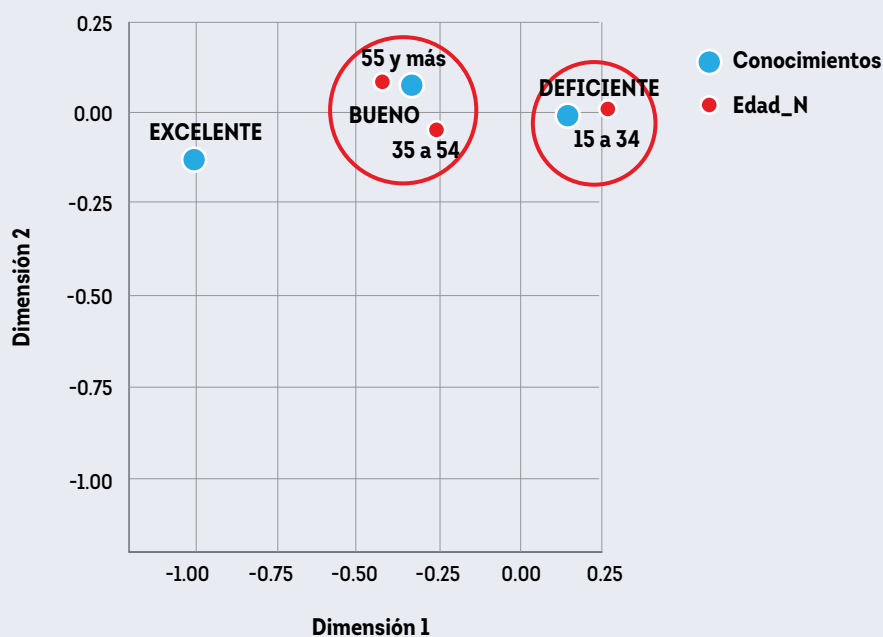
- La población joven (15-34 años) tiene el mayor número de personas con conocimiento deficiente (55.9%), lo que podría reflejar falta de campañas educativas sobre prevención del cáncer bucal orientadas a este grupo etario.
- Aunque el grupo de mayores de 55 años representa una menor proporción del total (14.7%), tienen un ligeramente mayor porcentaje de conocimiento excelente (4.6%) en comparación con los más jóvenes (2.3%).

TABLA 14: Pacientes de acuerdo con su nivel de conocimiento sobre el Cáncer Bucal, según edad. Años: 2017-2023.

Edades	Nivel de Conocimiento									
	EXCELENTE		BUENO		REGULAR		DEFICIENTE		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 a 34	189	39.3%	942	49.0%	2,723	53.4%	4,307	55.9%	8,161	53.6%
35 a 54	189	39.3%	647	33.6%	1,666	32.7%	2,309	30.0%	4,811	31.6%
55 y más	103	21.4%	334	17.4%	713	14.0%	1,092	14.2%	2,242	14.7%
Total	481	100 %	1,923	100 %	5,102	100 %	7,708	100 %	15,214	100 %

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

GRÁFICO 13: Pacientes de acuerdo con su Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer Bucal, según Edad. Años: 2017-2023



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

- El conocimiento regular y deficiente predomina en todos los grupos etarios.

El grupo de edad de 15 a 34 años” está cerca del conocimiento **“Deficiente”**. Esto indica que este grupo tiene mayor asociación con un conocimiento deficiente sobre el cáncer bucal. Mientras que el grupo de edad de “35 a 54 años” se sitúa cerca de un nivel de conocimiento **“Bueno”**, hay una tendencia a un nivel de conocimiento intermedio o bueno. El grupo de edad de “55 y más” se ubica más próximo a **“Excelente”**, sugiere que las personas mayores presentan mejor conocimiento relativo, aunque en cantidad son menos. El nivel de conocimiento **“Excelente”**, está más aislado denota que pocas personas se ubican allí, pero las que lo hacen tienden a estar en el grupo de mayor edad.

El 41.7% (128/307) de las mujeres del grupo de 35 a 54 años presentaron mayores proporciones de conocimiento **excelente**, en comparación

con los hombres, lo que indica una mayor participación en actividades de promoción, prevención y visitas periódicas para su control de salud bucal.

En general, las mujeres muestran una distribución más equilibrada, con menos concentración en el conocimiento deficiente que los hombres jóvenes.

El grupo de mayor riesgo con bajo conocimiento sobre el cáncer bucal sigue siendo hombres jóvenes (15 a 34 años), con un 58% (1,716/2,964).

La proporción de personas con nivel excelente aumenta con la edad, especialmente en hombres mayores de 55 años.

Aunque el número total de mujeres encuestadas es mayor, los porcentajes muestran que el conocimiento excelente sigue siendo bajo en todos los grupos de edad.

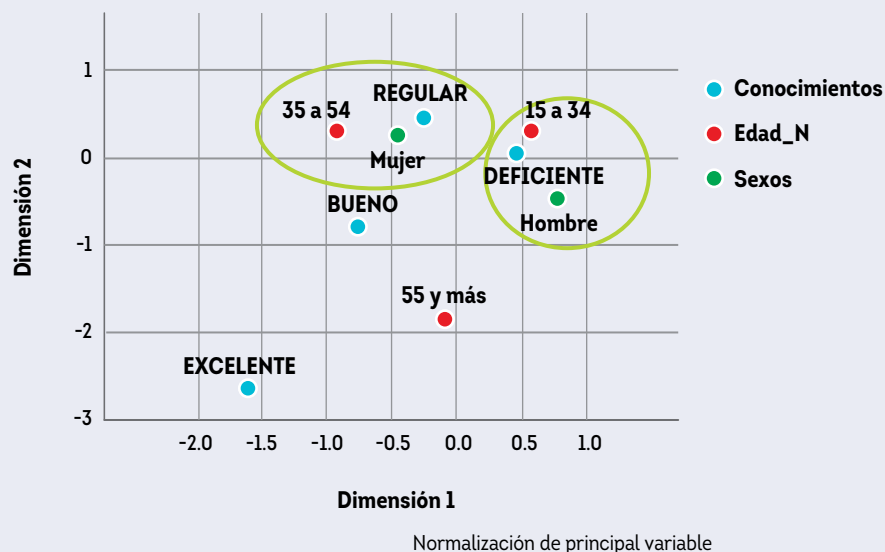
TABLA 15: Pacientes de acuerdo con su Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer Bucal, según Sexo y Edad. Años: 2017-2023.

Sexo Edad		Nivel de Conocimiento									
		BUENO		DEFICIENTE		EXCELENTE		REGULAR		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hombre	15 a 34	361	55.1%	1716	57.9%	70	40.2%	1050	57.9%	3197	57.0%
	35 a 54	177	27.0%	784	26.5%	61	35.1%	495	27.3%	1517	27.1%
	55 y más	117	17.9%	464	15.7%	43	24.7%	267	14.7%	891	15.9%
Mujeres	15 a 34	581	45.8%	2591	54.6%	119	38.8%	1673	50.9%	4964	51.7%
	35 a 54	470	37.1%	1525	32.1%	128	41.7%	1171	35.6%	3294	34.3%
	55 y más	217	17.1%	628	13.2%	60	19.5%	446	13.6%	1351	14.1%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

GRÁFICO 14:

Pacientes de acuerdo con su Nivel de Conocimiento sobre el Cáncer Bucal, según Sexo y Edad. Años: 2017-2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Principales hallazgos del gráfico 14

Edad "15 a 34" está cercana a **"Deficiente"**. Esto indica una fuerte asociación entre los jóvenes y el nivel de conocimiento deficiente.

Refuerza lo observado en la tabla 14: donde se evidencia que los jóvenes son el grupo con mayor desconocimiento relacionado al cáncer bucal.

Según el sexo los hombres están también sobre el nivel de conocimiento **"Deficiente"**. Los hombres tienen mayor tendencia a presentar un bajo conocimiento sobre las medidas de prevención del cáncer bucal.

Esto se ve reforzado por su cercanía al grupo "15 a 34" años.

Según el sexo las mujeres en edades de 35 a 54 años proyectan una tendencia a un nivel de conocimiento **"Regular"**.

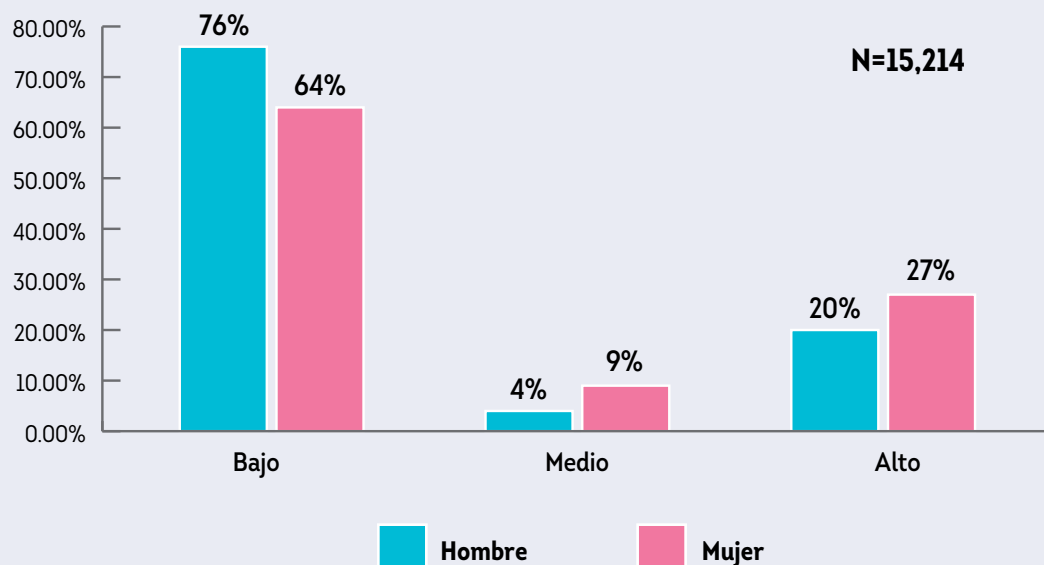
Las mujeres tienden a estar en un nivel de conocimiento más intermedio, especialmente en edad media. Esta población parece ser más receptiva o informada que los hombres jóvenes.

El grupo etario de "55 años y más" está más cercana a un nivel de conocimiento **"Excelente"**. Los adultos mayores están más vinculados con un mayor nivel de conocimiento, lo que evidencia que pueden estar relacionado con más experiencia, controles de salud periódicos o educación recibida en etapas tempranas.

El nivel de conocimiento **"Bueno"** se asocia con el grupo etario de "35 a 54" años. Esto sugiere que los adultos de mediana edad tienen un conocimiento aceptable sobre las medidas de prevención del cáncer bucal, aunque no excelente.

GRÁFICO 15:

Nivel de Conocimiento de la Población Estudiada sobre los Factores de Riesgo y las Medidas de Prevención del Cáncer Bucal, según Sexo. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Observación: $P < 0.05$ hubo diferencias en el conocimiento. El bajo conocimiento está más asociado por sexo a los hombres que a las mujeres.

12.4.2. Actitudes para la Prevención el Cáncer Bucal. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Las actitudes se refieren a la disponibilidad de conocer sobre las creencias para promover cambios de los comportamientos, adoptando nuevos estilos de vida para la prevención del cáncer bucal. Para evaluar esta variable se seleccionaron preguntas sobre el control de la salud bucal cada 6 meses, la actitud sobre el uso de prótesis dentales mal adaptadas, trauma frecuente sobre los tejidos blandos de la boca, y sobre el conocimiento de la ley 13 relacionada al no consumo de tabaco.

Con relación a la actitud de la población estudiada, respecto al abordaje preventivo para la salud bucal, se observó que solo un 36% (5,494/15,214) visita regularmente al odontólogo cada 6 meses y una gran mayoría el 64% (9,720/15,214) no asiste a su control odontológico con periodicidad.

Se evidenció que existe falta de concienciación sobre la salud bucal, la población mayor de 15 años encuestada no tiene conocimiento sobre la importancia de la revisión bucodental dos (2) veces al año, comportamiento que requiere ser reforzada. Ver Gráfico 16 y 17.

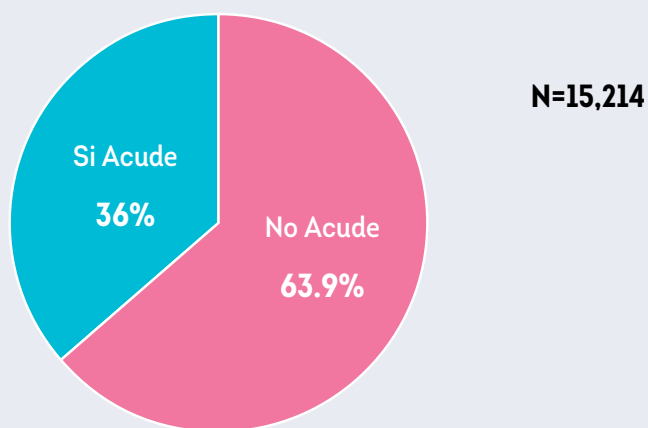
Los controles de salud por el odontólogo son fundamentales para la detección de los primeros síntomas de las lesiones potencialmente malignas y brindar la orientación adecuada al paciente sobre los factores de riesgo y la

prevención del cáncer bucal. Las Regiones de Salud donde una gran cantidad de los encuestados manifestaron la **No** asistencia a los controles de salud bucal fueron: la Región

Metropolitana de Salud con una población de 1,479/9,720, le siguen la Región de Chiriquí con 1,349/9,720 y la Región de Veraguas con una población de 1,137/9,720

GRÁFICO 16:

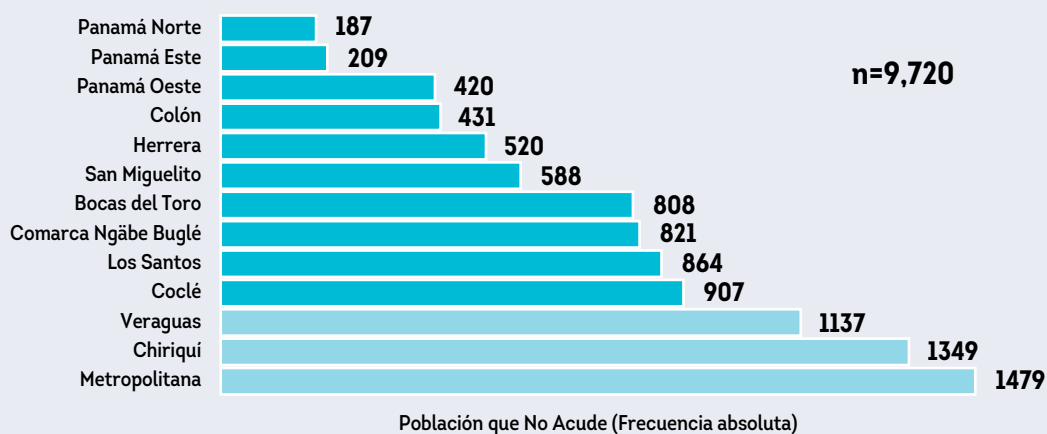
Actitud de los encuestados respecto a la Visita al Odontólogo cada 6 meses para su Control de Salud Bucal. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

GRÁFICO 17:

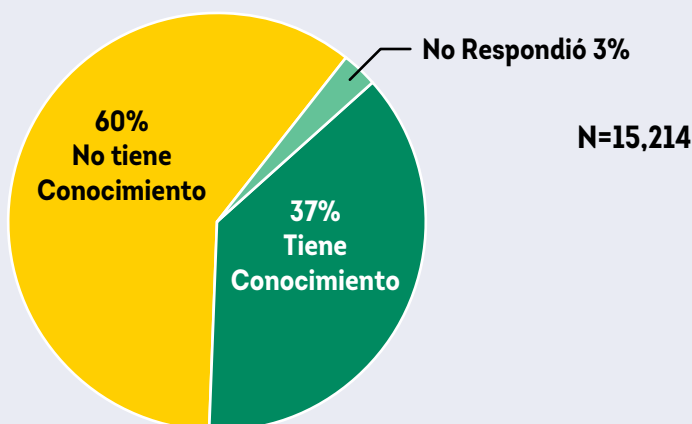
Población que No Acude a la Visita al Odontólogo cada 6 meses para el Control de Salud Bucal, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

GRÁFICO 18:

Participantes del Estudio que Conocen la Ley 13 Anti-Tabaco en Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Un 37% (5,548/15,214) de los encuestados conocen la ley 13 del 24 de enero de 2008, que adopta las medidas para el control del tabaquismo. Se evidencia que la población encuestada manifestó un desconocimiento 60% (9,181/15,214) sobre la ley antitabaco y su contenido. Actitud que requiere ser fortalecida con estrategias de promoción, prevención para el diagnóstico temprano y control del cáncer bucal.

12.4.3. Prácticas para la Prevención el Cáncer Bucal. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Las prácticas se refieren a las medidas y hábitos que realizan las personas en su vida diaria, de manera habitual o por costumbre para la prevención del cáncer bucal. Las prácticas son favorables cuando el paciente

muestra desarrollo de prácticas relacionadas con la promoción y prevención del cáncer bucal: realiza estilo de vida saludables (ejercicio físico y dieta saludable, protección contra la exposición a la luz solar), realiza el autoexamen bucal, y evita los factores de riesgo.

En el estudio CAP se incluyeron preguntas relacionadas a: el hábito de fumar, forma de fumar y tiempo de consumo, hábito de beber alcohol, frecuencia de consumo de alcohol, cantidad de cigarrillos que fuma, frecuencia de consumo, hábito de mezclar tabaco más alcohol a la vez, hábitos sexuales, tipo de sexo que práctica y una alimentación adecuada.

Con relación al comportamiento del hábito de fumar según los años de estudio (2017- 2023) de la población encuestada se evidencia que de la muestra nacional de 15,214 un 5.51%

(839/15,214) reportaron que fuman, cifra coincidente con los datos del Ministerio de Salud. Ver Tabla 16.

Según sexo se registró que el 76% (640/839) de los fumadores eran hombres y un 24% (199/839) eran mujeres. Mientras que el 93.63% (14,245/15,214) respondieron que no

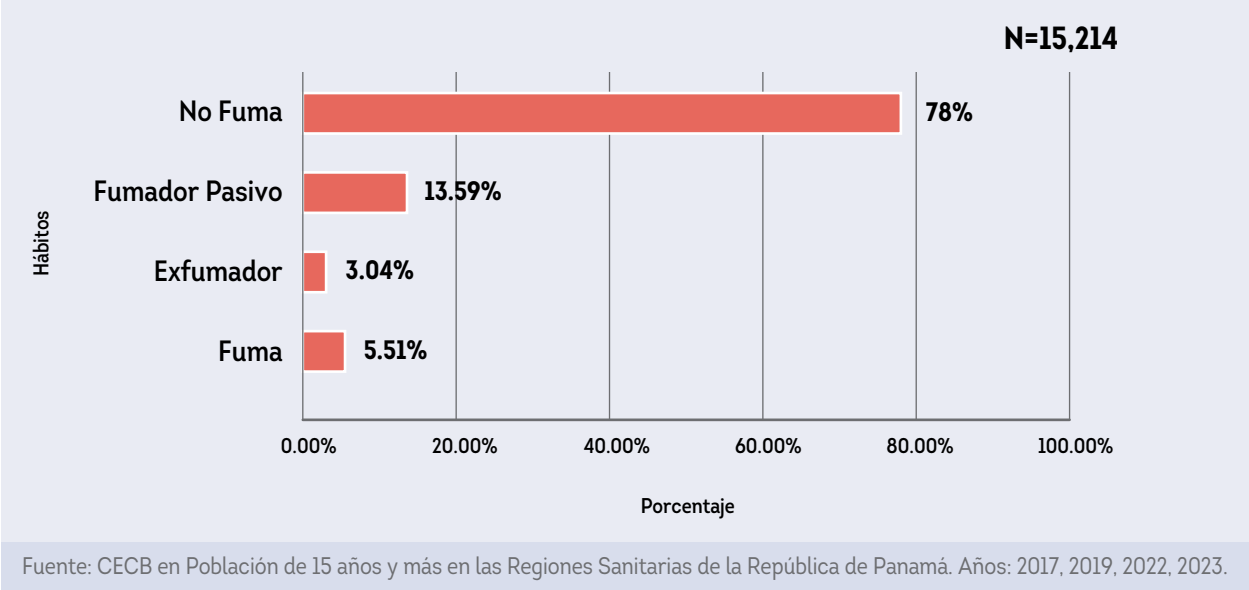
fumaban, de los cuales 34% (4,913/14,245) eran hombres y 66% (9,332/14,245) eran mujeres. Los que reportaron que no fumaban un 3.04% (462/15,214) de la muestra indicaron ser exfumadores (haber dejado de fumar), entre los exfumadores el 67% (309/462) eran hombres y un 33% (153/462) eran mujeres. Ver gráfico 20.

TABLA 16: Comportamiento en el Hábito de Fumar de la Población Encuestada por Género. Años: 2017, 2018, 2022, 2023.

Hábitos Fuma	Género						Total general %
	Hombre		Mujer		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Fuma	640	76%	199	24%	839	100%	5.51%
Exfumador	309	67%	153	33%	462	100%	3.04%
Fuma pasiva	866	42%	1,202	58%	2,068	100%	13.59%
No fuma	4,913	34%	9,332	66%	14,245	100%	93.63%
No respondió	41	51%	40	49%	81	100%	0.53%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

GRÁFICO 19: Comportamiento en el Hábito de Fumar de la Población de 15 años y más. Años: 2017, 2018, 2022, 2023

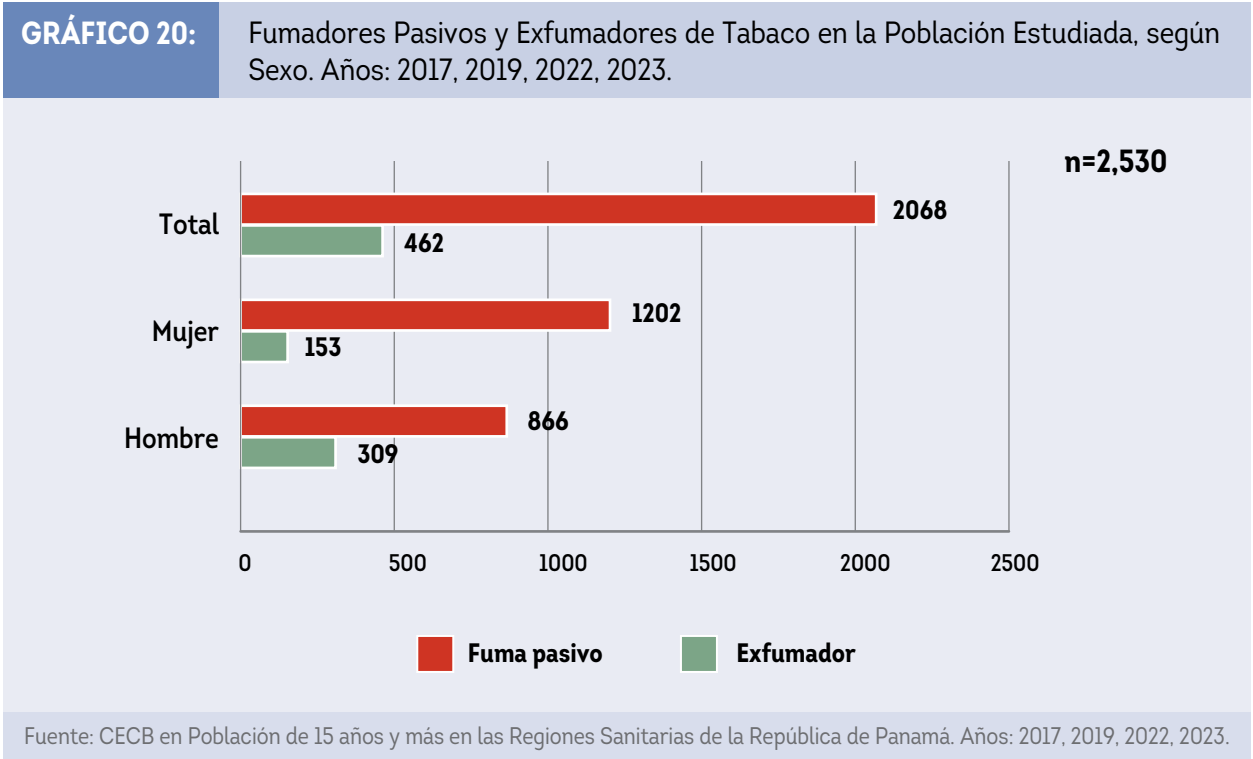


En el estudio se registraron 13.59% (2,068/15,214) fumadores pasivos (pacientes que, a pesar de no ser fumadores están rodeados de personas o familiares que fuman, se exponen y aspiran el humo de tabaco de un fumador). De estos fumadores pasivos la mayoría 58% (1,202/2,068) fueron mujeres y el 42% (866/2,068) fueron hombres. El tabaquismo pasivo aumenta el riesgo de cáncer bucal. El humo del tabaco fumado por otras personas contiene miles de sustancias químicas que son tóxicas para el cuerpo. La mediana entre las edades más comunes entre fumadores pasivos varones fue de 20 años. La mediana entre las edades más comunes entre fumadores pasivos mujeres fue de 24 años.

El total de exfumadores de ambos sexos fueron 462 de los cuales el 67% (309/462) eran hombres y el 33% (153/462) eran mujeres.

El 78% (11,845/15,214) manifestaron que no fumaban, en esta categoría se excluyeron a los fumadores pasivos y los exfumadores. Ver Gráfico 20.

Por otro lado, las Regiones que más cantidad de fumadores pasivos reportaron, según datos del estudio son la Región Metropolitana con un 25.5% (527/2,068), le sigue la Región de San Miguelito con 12.4% (256/2,068), la Región de Bocas del Toro con 11% (230/2,068), Los Santos

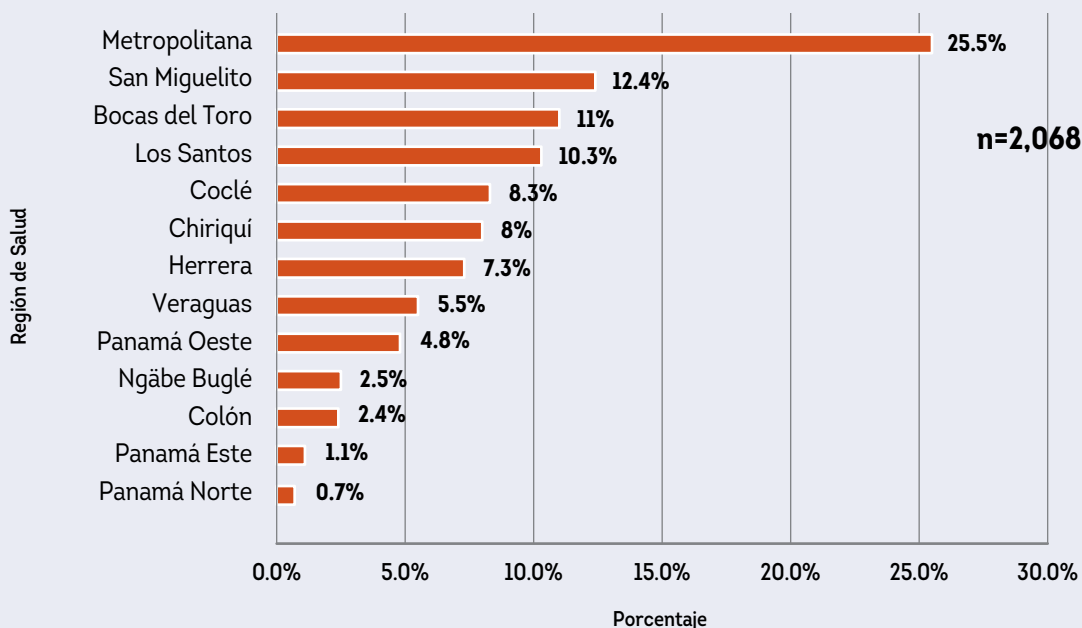


con 10.3% (214/2,068), y las Regiones de Coclé y Chiriquí con un 8% (150/2,068) cada una. Ver Gráfico 21.

Con relación a los encuestados (774/15,214) que indicaron que fumaban se les pregunto

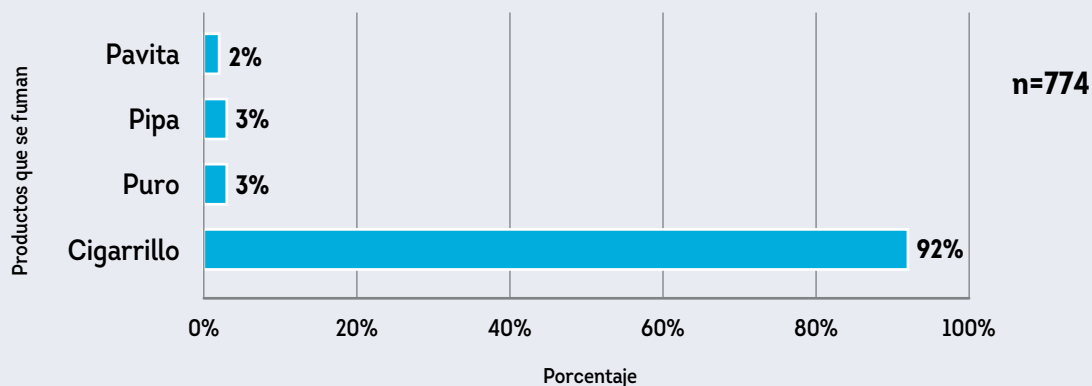
¿qué fumaban?: cigarrillo, puro, pipa o pavita y que indicaran la cantidad que fumaban por día? El 92% (714/774) dijo que fumaba cigarrillo, el 3% (24/774) puro, el 3% (24/774) pipa y el 2% (12/774) reporto que fumaban pavita. Ver Gráfico 22.

GRÁFICO 21: Encuestados Fumadores Pasivos, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

GRÁFICO 22: Tipos de productos que las personas fumadoras utilizan. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

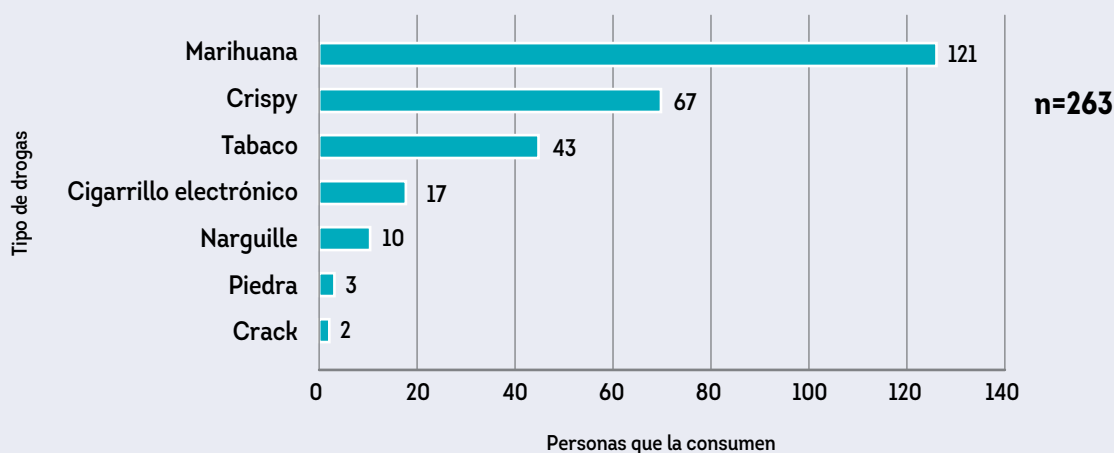


Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

La población encuestada que indico que fumaban, ¿Se les pregunto que si fumaban otra cosa? que no fuera cigarrillo, puro, pipa o pavita y el 46% (121/263) respondieron que fumaban marihuana, el 25% (67/263) de los pacientes dijeron que consumían crispy, el 16% (43/263) fumaba tabaco, el 7% (17/263) utilizaban cigarrillos electrónicos, 4% (10/263) fumaban narguille, 1%

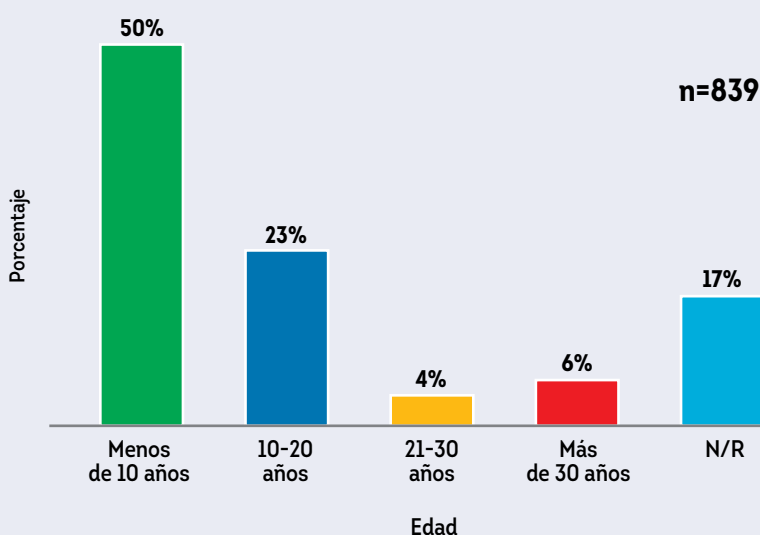
(3/263) fumaban piedra y 1% (2/263) consumían crack. Se han encontrado múltiples sustancias toxicas en el cuerpo del cigarrillo electrónico y se han reportado efectos adversos, como irritación de las mucosas y aumento de la presión arterial, se requieren estudios de seguimiento a largo plazo sobre el efecto de estas sustancias nocivas. Ver Gráfico 23.

GRÁFICO 23: Consumo de Otras Drogas. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023

GRÁFICO 24: Población que Fuma, según el Tiempo de Consumo en Años, desde que inició el Hábito. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

La población mayor de 15 años encuestada que reportó que fumaban fueron: n=839/15,214 pacientes, a estos se les preguntó ¿el tiempo de estar fumando en años? un 50% reportó que tenían menos de 10 años de estar fumando, le siguen un 23% de los examinados que dijeron que tenían de 10 a 20 años de estar fumando, un 4% indicó que tenían de 21 a 30 años de estar consumiendo tabaco y un pequeño porcentaje 6%, manifestó que tenían más de 30 años de estar fumando. También hubo un 17% de no respuesta a la pregunta. Ver Gráfico 24.

Con relación a la forma (convencional o invertida) de fumar si era cigarrillo u otro, 623 encuestados reportaron ser fumadores de forma convencional y solo 5 encuestados manifestaron que fumaban de forma invertida (candela para adentro), lo que constituye un factor de riesgo importante para cáncer bucal.

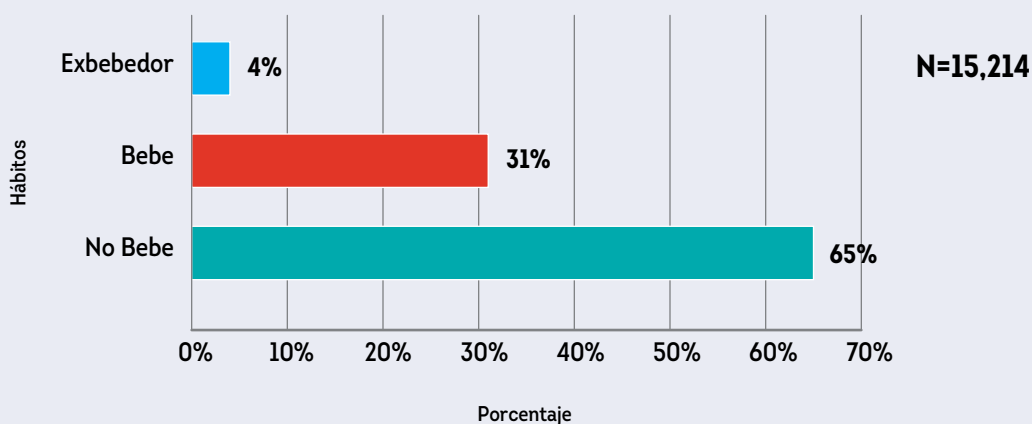
Con relación al consumo de bebidas alcohólicas, se registró que un 31% (4,779/15,214) de la población de 15 años y más beben alcohol. El consumo excesivo de alcohol es el segundo factor de riesgo más importante para el

cáncer bucal y se asocia a un riesgo 5 veces mayor para el cáncer de cavidad oral. Ver Gráfico 25.

Según sexo se registró que el 58% (2,759/4,779) de los entrevistados que beben alcohol eran hombres y un 42% (2,020/4,779) eran mujeres. Se evidencia un mayor consumo de alcohol en hombres que en mujeres, observándose que el hábito de consumo de alcohol predomina desde temprana edad. Mientras que un 66% (10,092) respondieron que no tomaban bebidas alcohólicas, de los cuales 27% (2,707/10,092) eran hombres y 73% (7,385/10,092) eran mujeres. Un 4% (553/15,214) de los entrevistados indicaron que eran exbebedores es decir habían dejado de consumir alcohol. Entre los exbebedores el 52% (285/553) eran hombres y un 49% (268/553) eran mujeres. Ver Tabla 17.

Según los hábitos de consumo de tabaco y alcohol el 59% de los entrevistados reportaron que no fumaban ni beben alcohol, mientras un 6% (839/15,214) indicaron que fumaban, cifra coincidente con los datos del

GRÁFICO 25: Hábitos Relacionados con el Consumo de Alcohol en la Población de 15 años y más. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

TABLA 17: Hábitos Relacionados con el Consumo de Alcohol en la Población de 15 años y más, por Sexo. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

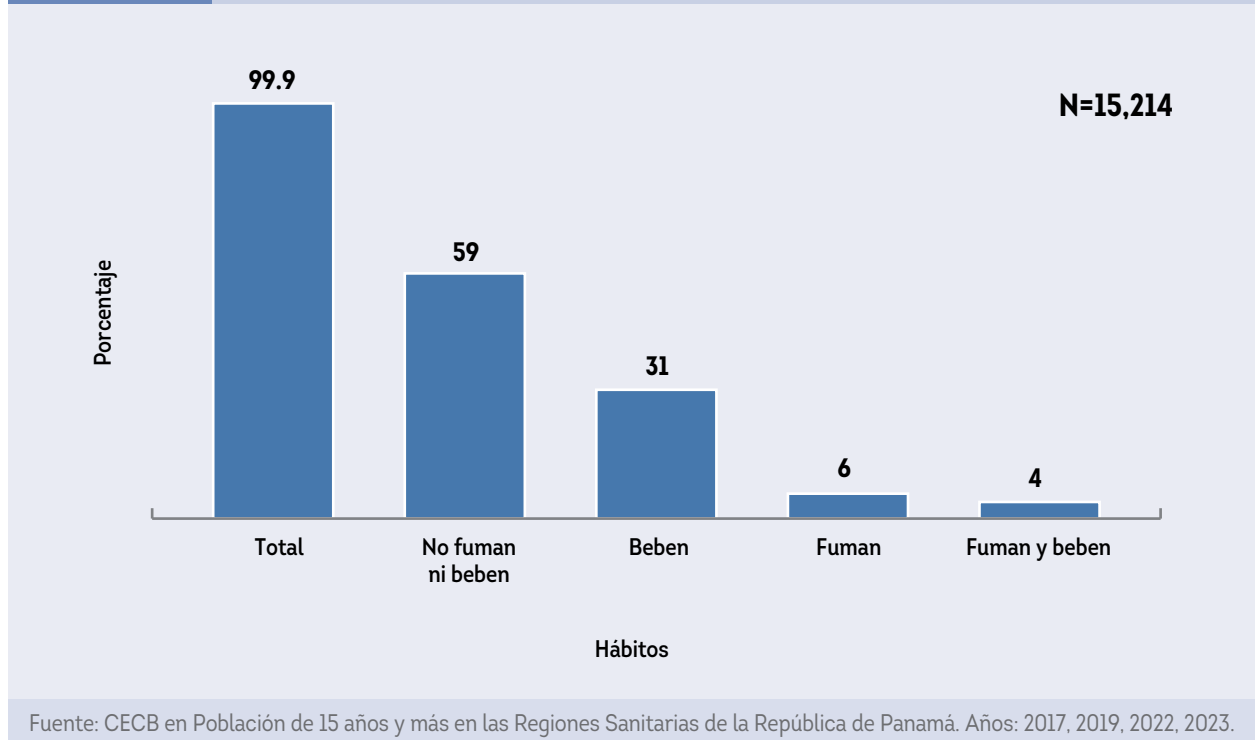
Hábito de Beber	Hombre		Mujer		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bebe	2,759	57.7%	2,020	42.3%	4,779	100.0%
Exbebedor	285	51.5%	268	48.5%	553	100.0%
No respondió	139	43.7%	179	56.3%	318	100.0%
No Bebe	2,707	26.8%	7,385	73.2%	10,092	100.0%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

nivel nacional. En relación con el consumo de alcohol el 31% (4,779/15,214) de los encuestados indicaron que beben alcohol y un 4% (612/15214) reportaron que fuman y beben

a la vez. Los riesgos de presentar cáncer bucal son mucho más altos para quienes consumen altas cantidades de alcohol y además fuman tabaco. Ver Gráfico 26.

GRÁFICO 26: Hábitos de Consumo de Tabaco y Alcohol en la Población de Estudio. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Con relación al 30% (4,779/15,214) de los encuestados que reportaron que beben alcohol, los resultados indican que las Regiones que registraron una mayor cantidad de consumidores de bebidas alcohólicas, según datos del estudio son: la Región Metropolitana con un 21% (993/4,779), le sigue la Región de Chiriquí con un 13% (607/4,779), Coclé con un 10% (474/4,779), Veraguas con un 10% (461/4,779), y la Región de Los Santos con un 9% (452/4,779), luego le sigue Bocas del Toro y la Región de Herrera con un 7% (328/4,779) cada una. Ver Gráfico 27.

Un total de 6,400 encuestados respondieron al tipo de bebida de alcohol que consumen, un 61% (3,873/6,400) indicó consumo de cerveza, seguido del 12% (764/6,400) que consumen vino, un 12% (764/6,400) reportó que consumen seco respectivamente y en menor porcentaje 9% (603/6,400) consumen ron, y solo un 6% (386/6,400) reportó que consumen whisky. Algunos encuestados reportaron consumir más de un tipo de bebidas alcohólicas. Ver Gráfico 28.

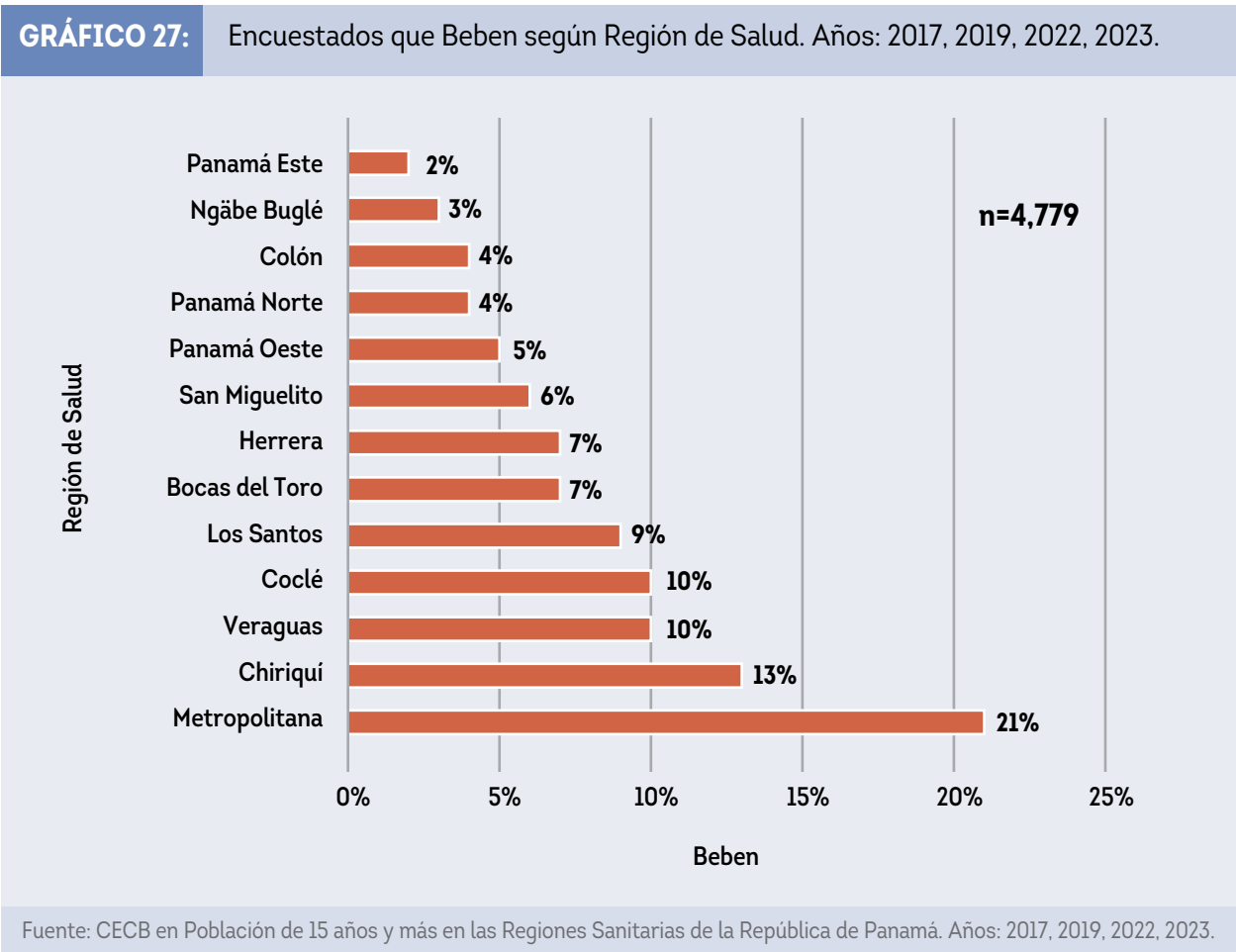
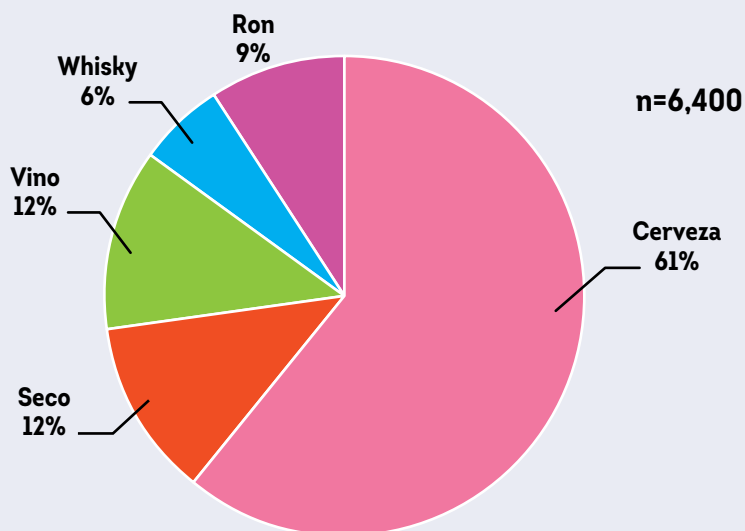
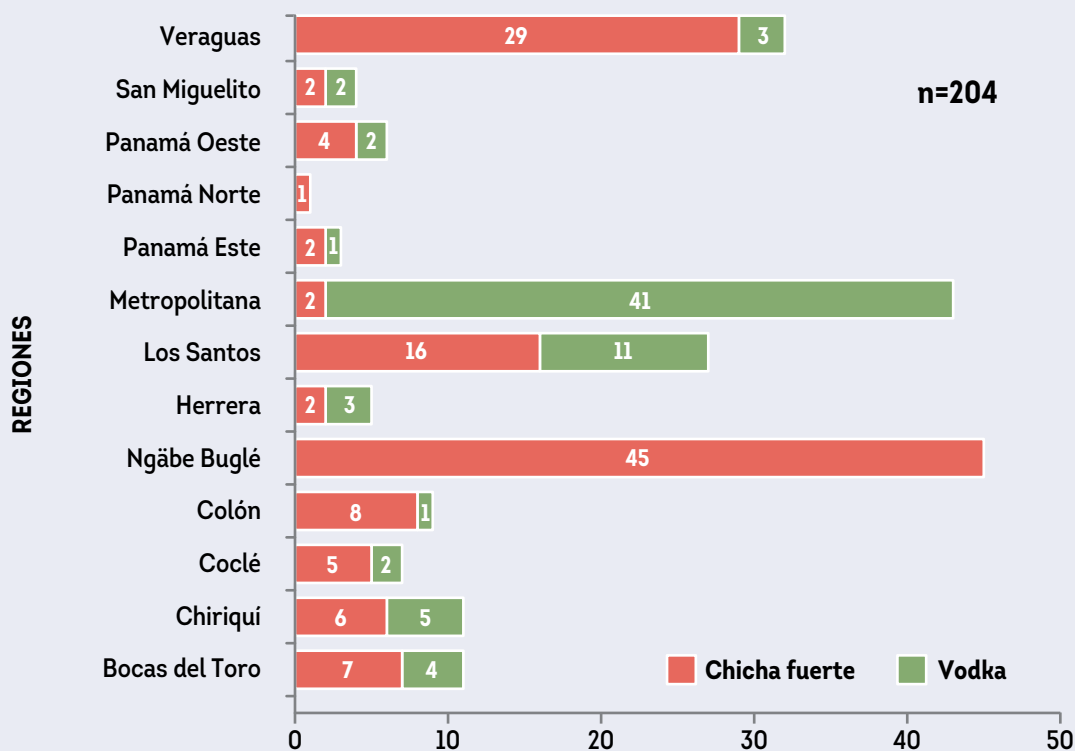


GRÁFICO 28: Consumo de Alcohol, según tipo de Bebida en la Población de Estudio. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

GRÁFICO 29: Consumo de otras bebidas alcohólicas, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



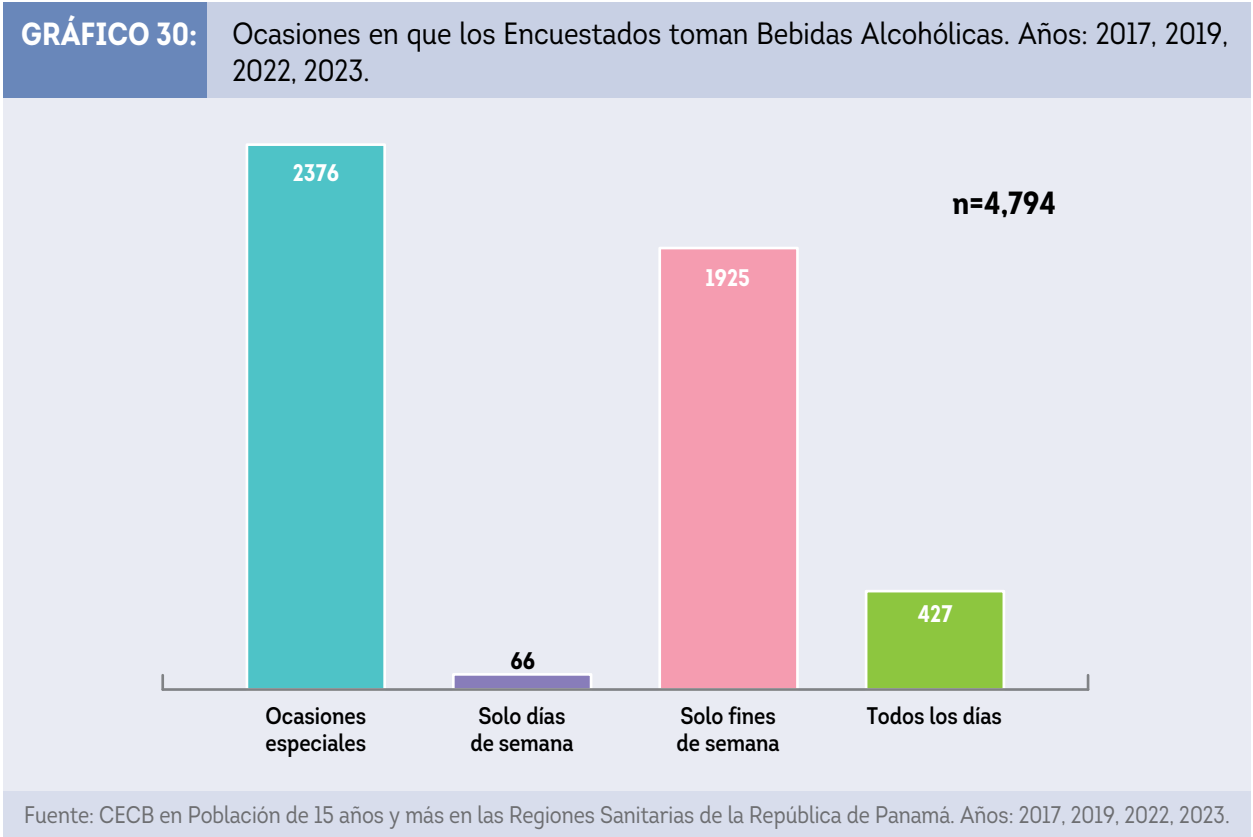
Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Los entrevistados que indicaron que consumían **otras bebidas** alcohólicas fueron un 4% (204/4,779), de estos la mayoría 62% (128/204) manifestaron que consumían bebidas artesanales como la chicha fuerte; registrándose una mayor frecuencia de consumo en la Comarca Ngäbe Buglé, y en las Regiones de Veraguas y Los Santos; un 37% (76/204) de los entrevistados indicaron que tomaban vodka, registrándose un mayor consumo de vodka en la Región Metropolitana de Salud.

En relación con la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas del total de los

encuestados que reportaron que tomaban bebidas alcohólicas, la mayoría 50% (2,376/4,794) manifestaron que tomaban alcohol en ocasiones especiales como fiestas de cumpleaños, reuniones sociales, navidad, año nuevo, etc., seguidos de un 40% (1,925/4,794) que dijeron que tomaban alcohol solo fines de semana. Una minoría 9% (427/4,794) indico que bebían alcohol todos los días y el 1% (66/4,794) indico que beben solo días de semana. Ver Gráfico 30.

Los resultados indican que el 12,871 de la población estudiada, indico que practicaban hábitos sexuales. Con relación



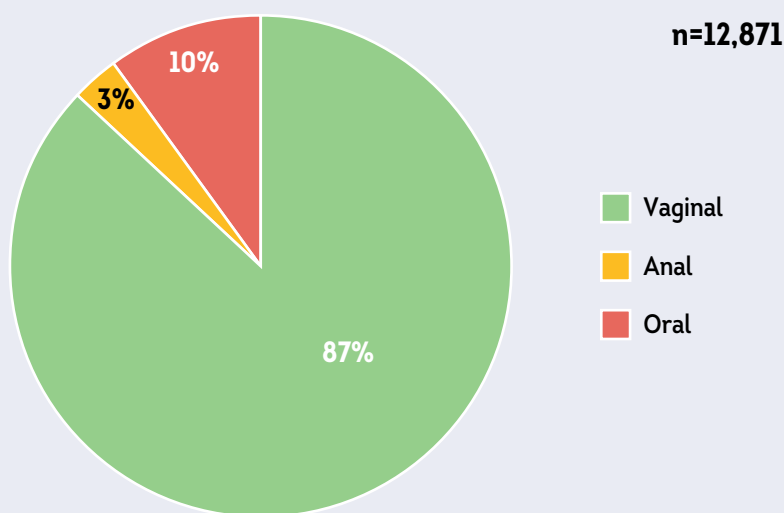
al comportamiento sexual de la población examinada y al tipo de sexo que practicaban con más frecuencia, se reportó que la mayoría un 87% (11,147/12,871) practicaba con más frecuencia el sexo vaginal, seguido de un 10% (1,313/12,871) que practicaba el sexo oral y un 3% (411/12,871) practicaba sexo anal. Se evidencio que algunos de los encuestados practicaban más de un hábito sexual. La frecuencia del sexo como factor de riesgo es mayor en la población con múltiples contactos sexuales sin protección y con el contacto buco genital y ano genital. Ver Gráfico 31.

Este estudio constituye una de las mayores iniciativas nacionales de tamizaje clínico de la mucosa oral realizadas en Panamá.

La caracterización sociodemográfica, la evaluación de conocimientos, actitudes y prácticas, así como la descripción de los principales factores de riesgo, proporcionan el contexto epidemiológico necesario para interpretar los hallazgos clínicos y los diagnósticos histopatológicos que se presentan a continuación.

GRÁFICO 31:

Comportamientos Sexuales de la Población Estudiada, según Tipo de Sexo que Practicaban. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

XIII. HALLAZGOS CLÍNICOS, AÑOS: 2017, 2019, 2022, 2023

El cáncer bucal es una enfermedad multifactorial en la que el tabaco, el alcohol y los traumatismos continuos de la mucosa oral son factores importantes. Sin embargo, puede prevenirse o detectarse a tiempo mediante controles periódicos de salud bucal y autoexámenes para identificar cambios en la boca. La mayoría de los casos se diagnostican en estadios avanzados con mal pronóstico, debido a la limitada accesibilidad a programas de promoción, prevención y detección temprana en los servicios de salud pública.

Es fundamental que los odontólogos de primer y segundo nivel identifiquen y monitoren las lesiones potencialmente malignas y malignas detectadas, así como coordinen la derivación a un cirujano maxilofacial para biopsia y análisis histopatológico. Los odontólogos capacitados en este estudio pueden orientar adecuadamente a los pacientes sobre hábitos de alto riesgo que aumentan la probabilidad de malignidad de las lesiones identificadas.

Durante la investigación, los odontólogos examinadores realizaban exámenes clínicos extraorales e intraorales, incluyendo la palpación bimanual de las cadenas ganglionares y la comparación entre lados derecho e izquierdo de las estructuras orales. Se identificaban lesiones primarias y sospechosas de malignidad, se establecía un diagnóstico presuntivo y se describían detalladamente las lesiones detectadas.

También se tomaron fotos de las lesiones para hacer la consulta a los patólogos orales del estudio, si la lesión era sospechosa se indicaba una referencia al cirujano maxilofacial, para realizar la biopsia de la lesión y al patólogo oral para el análisis histopatológico.

En el estudio al examen clínico intraoral de los pacientes examinados según los años de estudio (2017-2023) se reportaron un **3%** (387/15,214) de lesiones bucales primarias o lesiones elementales, que son alteraciones morfológicas las cuales fueron caracterizadas según los parámetros de forma, localización, color, tamaño, textura y superficie.

En el estudio las lesiones se caracterizaron según tipo en: placa, mácula, úlcera, ampolla, tumor, y otras lesiones. Del total de **387** lesiones primarias en la mucosa bucal se identificaron las más frecuentes: el 23% (89/387) se caracterizaron como placa, un 15% (59/387) como úlcera, tumor 11% (42/387), mácula 10% (38/387), ampolla 6% (25/387) y un 35% (134/387) representaron a otras lesiones (pápula, fibromas, nódulos, inflamación vascular, entre, otras) no caracterizadas en esta nomenclatura. Además, se utilizaron parámetros como la forma, el color, localización, tamaño, tipo de superficie (homogénea, no homogénea) y textura (lisa o rugosa) para describir estas lesiones bucales y poder hacer un seguimiento y control. La descripción de cada lesión bucal identificada orientó al examinador

sobre los posibles diagnósticos presuntivos. (Ver Gráfico 32)

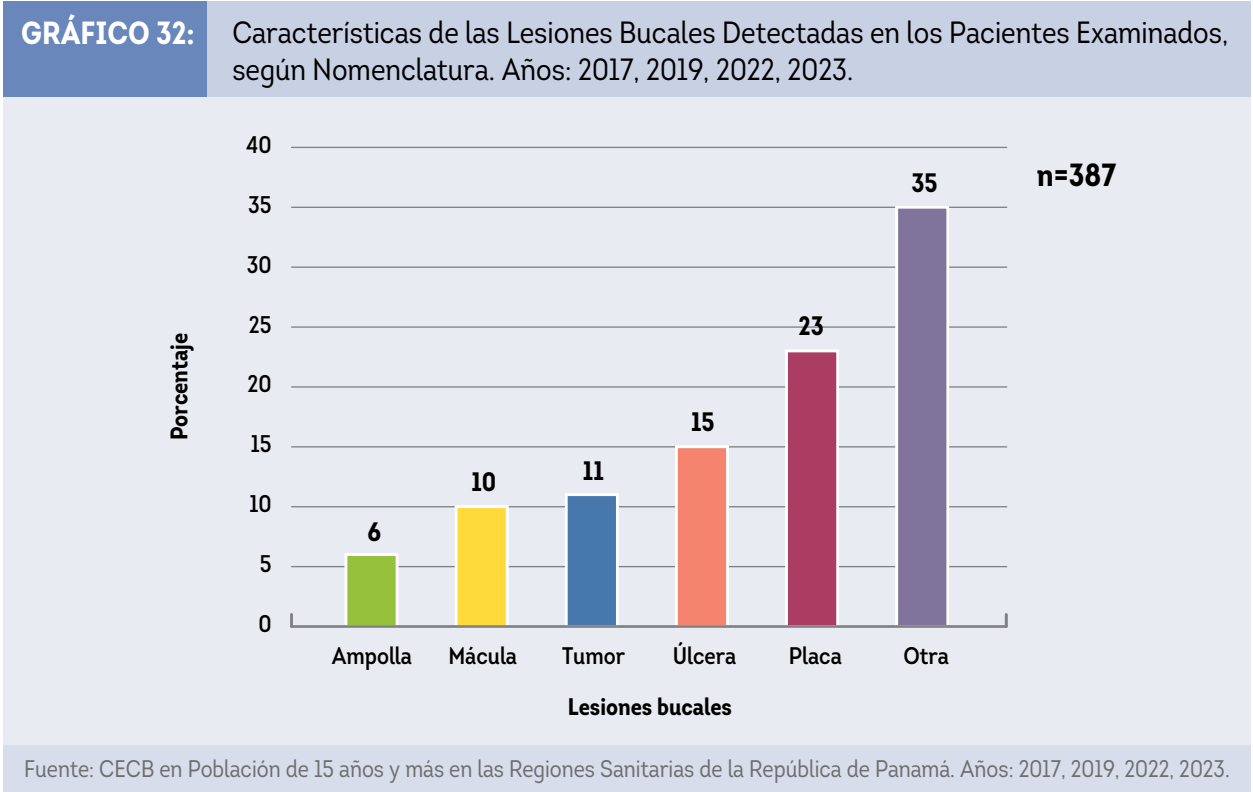
En el estudio se identificaron un total de 387 lesiones, las cuales fueron caracterizadas por su color de la siguiente manera: 78 lesiones (20.15%) presentaron el mismo color que la mucosa normal, 95 lesiones (24.55%) fueron de color blanco, 92 lesiones (23.77%) fueron de color rojo, 53 lesiones (13.69%) fueron de color blanca/roja, 69 lesiones (17.83%) fueron clasificadas en otras categorías de color no especificadas en la encuesta. Estas características ayudaron en la evaluación y diagnóstico de las lesiones orales observadas. Ver Anexo 5

Del total de 341 lesiones bucales caracterizadas según tipo de textura y superficie, se encontró que un 62% (210/341) de las lesiones presentaron textura lisa. De estas lesiones con textura lisa, el 89% (186/210) tuvieron una superficie homogénea. El 13% (45/341)

de las lesiones presentaron textura nodular. De estas con textura nodular, el 78% (35/45) mostraron una superficie homogénea. Datos que permitieron evaluar las características morfológicas de las lesiones bucales detectadas. Ver Anexo 5.

En el estudio un total de 341 lesiones bucales fueron caracterizadas según tamaño reportándose: que un 57% (194/341) de las lesiones bucales presentaron un tamaño menor o igual a 2 cm de diámetro (≤ 2 cm), un 23% (80/341) de las lesiones tenían un tamaño de 2 a 4 cm de diámetro y un 13% (45/341) de las lesiones tenían un tamaño mayor o igual a 4 cm (≥ 4 cm), solo un 6% (22/341) no se le determinó el tamaño del diámetro. Ver Anexo 5.

Las áreas anatómicas de mayor incidencia de estas lesiones fueron la mucosa del carrillo con un 27%, paladar duro un 11%, la lengua 2/3 anterior un 11%, lengua dorsal un 8%, encía



marginal un 7%, la zona retromolar un 6%, vestibulo bucal un 6%, piso de boca un 5% y paladar blando un 3%, entre las lesiones más frecuentes. Ver Anexo 5

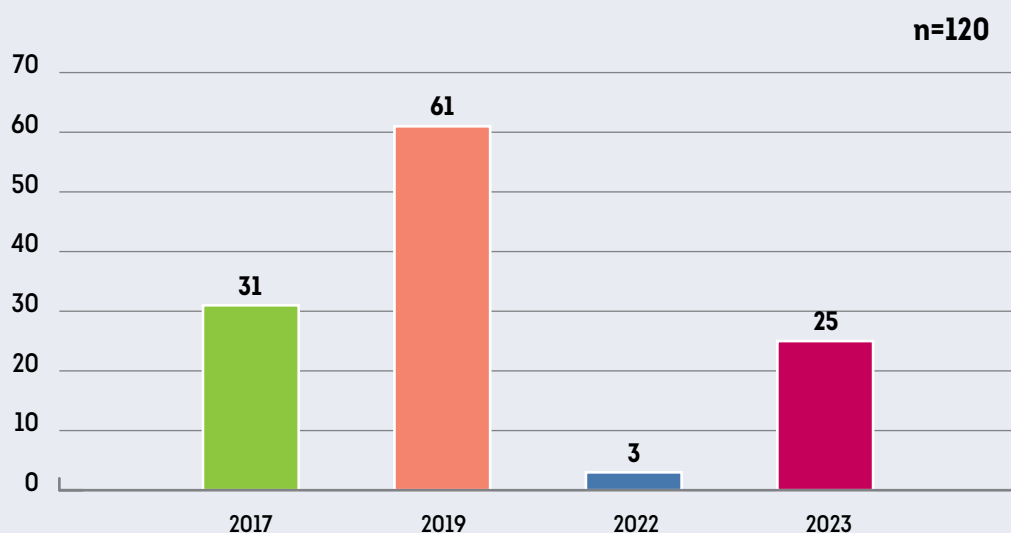
Durante los años del estudio 2017-2023, en la fase 1 y 2, al examen clínico realizado por los examinadores, se reportaron **387 lesiones bucales primarias**, de las cuales se identificó una sub muestra de **120 lesiones** bucales con sospecha de malignidad a las cuales se les recomendo realizar biopsias y los análisis histopatológicos correspondientes. Se realizaron las referencias según Región de Salud, a los cirujanos maxilofaciales, periodoncistas y algunos odontólogos examinadores capacitados por el proyecto, los cuales apoyaron con las biopsias para la toma de muestras. La base de datos para la sub muestra se realizó de forma individual con los reportes de las biopsias realizadas durante los años del estudio 2017-2023. Ver Gráfico 33.

Se estableció una logistica para el traslado y recibo de las muestras de las diferentes regiones de salud. Las muestras se enviaban al histotecnólogo para procesar las laminillas y luego se enviaban a los patólogos orales del proyecto para su análisis histopatológico.

En el 2023, fue habilitado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá, el Centro de Referencia en Histopatología Estomatológica de Panamá (CENARHEP), es un centro especializado en el diagnóstico de patologías orales y maxilofaciales, incluido el Dx. clínico e histopatológico de lesiones potencialmente malignas y malignas por cáncer bucal.

El CENARHEP tiene como objetivo capacitar a los estudiantes de la carrera de odontología en el diagnóstico temprano del cáncer bucal y toma de biopsias; de igual manera oferta servicios de diagnósticos clínicos e histopatológicos de las

GRÁFICO 33: Biopsias de Lesiones Potencialmente Malignas y Malignas realizadas por Año de estudio: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

lesiones bucales sospechosas por cáncer de los pacientes referidos de los centros de salud, policlínicas y hospitales regionales del país. Este centro cuenta con odontólogos especialistas en medicina oral y patólogos orales del proyecto quienes realizan los diagnósticos anatomopatológicos de las muestras con biopsia.

Las muestras de la fase 2 etapa 3 fueron procesadas por histotecnólogos de la facultad de medicina y analizadas por los patólogos orales, quienes hicieron los análisis anatomopatológicos de las muestras enviadas por las instalaciones de salud de las regiones de Chiriquí y Comarca Ngäbe Buglé.

En el caso de que el resultado de la biopsia fuera positivo, el odontólogo examinador realizaba la referencia al Instituto Oncológico Nacional (ION), adjuntando la documentación requerida (bloque de parafina, laminilla, diagnóstico histopatológico) a fin de confirmar el diagnóstico y desarrollar las alternativas de tratamiento: quirúrgicas, radiológicas, y quimioterapéuticas. Ver Anexo 6: Flujograma de atención.

XIV. LESIONES POTENCIALMENTE MALIGNAS Y MALIGNAS CON DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO. AÑOS: 2017, 2019, 2022, 2023.

En la literatura se han descrito una variedad de trastornos de la mucosa oral con un mayor riesgo de transformación maligna bajo el término trastornos orales potencialmente malignos (OPMD). Durante su evolución, se

pueden encontrar cambios visibles en el color o en el grosor de la mucosa oral, y estos cambios se pueden detectar durante un examen oral en la práctica clínica.

La Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Cáncer y Precáncer del Reino Unido, define como alteraciones de la mucosa bucal potencialmente malignas (APM), aquel tejido de morfología alterada más propenso a desarrollar cáncer que el tejido equivalente de apariencia normal.

Los desórdenes potencialmente malignos de la cavidad bucal son aquellas situaciones clínicas que conllevan un riesgo incrementado de convertirse en cáncer. Incluye todas las alteraciones morfológicas de la mucosa oral que preceden a una lesión maligna, lo cual no significa que todas las lesiones con potencial de malignización se transformarán necesariamente en cáncer.

Los desórdenes potencialmente malignos de la cavidad oral son predictores de riesgo específicos de sitio e indicadores de riesgo de probables futuras neoplasias malignas en cualquier otro sitio de la mucosa oral, incluso la de apariencia clínica normal. Son lesiones relativamente frecuentes, con una incidencia en la población general del 2.5%. Las lesiones potencialmente malignas en la cavidad oral son alteraciones que pueden preceder al cáncer, siendo las más comunes la **leucoplasia** (lesión blanca), la **eritroplasia** (lesión roja) y el liquen plano oral. También se incluyen otras condiciones como la fibrosis submucosa oral, la queilitis actínica, la candidiasis hiperplásica crónica, las lesiones palatinas por fumar inverso, y el lupus eritematoso. El diagnóstico y tratamiento tempranos son cruciales para prevenir la progresión a cáncer, por lo que el seguimiento clínico es fundamental.

Según los resultados del estudio, de la sub muestra (120 casos) de las lesiones potencialmente malignas con diagnóstico histopatológico más frecuentes reportadas fueron: 15% de hiperplasia epitelial e hiperqueratosis, 14% de carcinoma de células escamosas, 13% de papiloma escamoso, 8% hiperplasia fibrosa compatible con éupulis fisurado, 7% de úlceras por trauma, 7% fibroma traumático, 4% de palatitis nicotínica, 3% de hiperqueratosis, 3% de adenocarcinoma y carcinoma escamoso basaloide invasivo, 3% hemangioma, 2% de inflamación crónica severa, 2% de displasia leve, 1% de sialometaplasia necrotizante bucal, entre otras. Ver Anexo 5.1: Gráfico 1.

El área anatómica de mayor incidencia de estas lesiones reportadas con Diagnóstico Histopatológico fue: la mucosa del carrillo con un 27%, el paladar duro con un 11%, lengua 2/3 anterior un 11%, lengua dorsal un 8%, lengua borde lateral con un 8%, encía marginal con un 7%, seguido de la zona retromolar con un 6% y vestíbulo bucal con un 6%, con menos frecuencia en piso de boca con un 5% y el paladar blando con un 3%, entre otras. Ver Anexo 5.1: Gráfico 2.

Según sexo, los diagnósticos histopatológicos de las lesiones potencialmente malignas más frecuentes reportados fueron: hiperplasia epitelial con 19 casos: 9 casos en hombres y 10 casos en mujeres, le siguen el carcinoma de células escamosas con 17 casos: 9 casos en hombres y 8 casos en mujeres, papiloma escamoso con 16 casos: 10 casos en hombres y 6 casos en mujeres, hiperplasia fibrosa con 9 casos: 2 en hombres y 7 casos en mujeres, úlceras por trauma con 8 casos: 5 casos en hombres y 3 casos en mujeres, fibroma 8 casos: 4 casos en hombres y 4 casos en mujeres, con

menos frecuencia la palatitis nicotínica con 4 casos en hombres, hiperqueratosis con 4 casos en mujeres, adenocarcinoma con 1 caso en hombres y 2 casos en mujeres, entre otros. Ver Anexo 5.1: Gráfico 3.

Según grupo de edad la mayor cantidad de casos de lesiones potencialmente malignas se dieron en un 57% (68/120) en pacientes de 55 años y más, el 33% (39/120) en pacientes de 35 a 54 años y un 11% (13/120) en pacientes de 15 a 34 años. Ver Anexo 5.1: Gráfico 4.

Por región de salud, se detectaron 35 casos de lesiones potencialmente malignas con Dx. histopatológico en la región de Herrera, 20 casos en la región Metropolitana, 17 casos en la región de Chiriquí, 9 casos en Los Santos y 9 casos en Coclé, 8 casos en Veraguas y 8 casos en Panamá Oeste, entre otras. Ver Anexo 5.1: Gráfico 5.

Con relación al factor de riesgo consumo de tabaco / formas de fumar, y su relación con las lesiones potencialmente malignas diagnosticadas, de una sub muestra de 120 pacientes, el 28% (23/120) eran fumadores, entre las formas de fumar de riesgo, se reportaron tabaco mascado, tabaco invertido, fumar pipa y el tipo de tabaco más usado fue el cigarrillo en un 70% (23/33). Los pacientes que reportaron que fumaban tabaco invertido, mascado y pipa desarrollaron cáncer. Del total de fumadores el 19.2% presentaron lesiones reactivas en la mucosa por irritación crónica y el 77% de los casos eran mayor de 55 años, grupo donde se presentaron los casos de carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma y lesiones premalignas. Ver Anexo 5.1: Tabla 1.

Con relación al factor de riesgo consumo de alcohol / años de consumo, y su relación

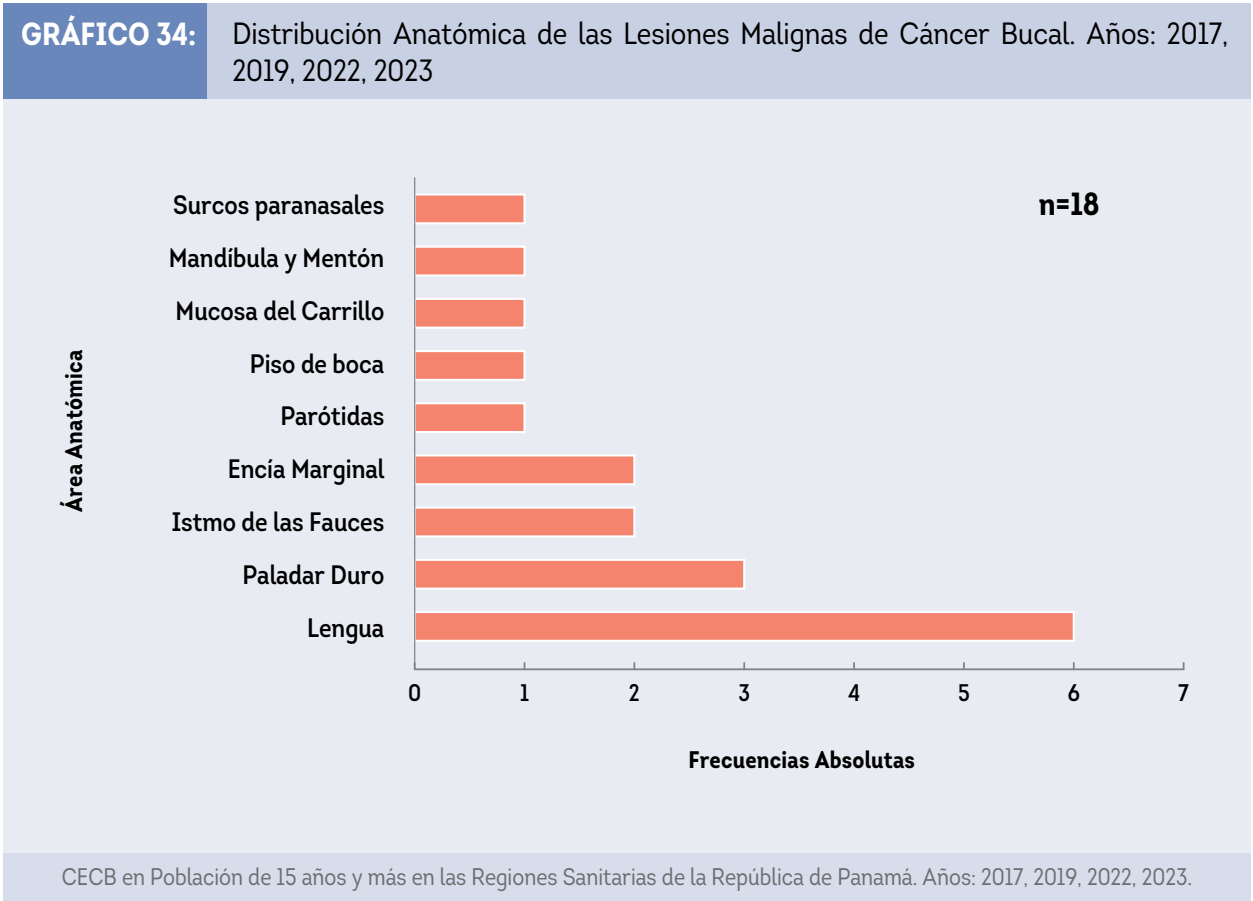
con las lesiones potencialmente malignas diagnosticadas, de 120 pacientes con lesiones orales, 29 (24.2%), consumían alcohol. En la distribución por grupo de edad se observó que el 17% estaban en edades de 15 a 34 años, el 41% de los pacientes correspondían a la edad de 35 a 54 años, donde se reportaron casos de carcinoma de células escamosas, en pacientes que consumieron alcohol por 20 años, y en 41% de los que beben estaban en edades de 55 años y más donde se reportaron lesiones reactivas e inflamatorias en un 65% (19/29) de los pacientes y 4 casos de carcinoma de células escamosas, en pacientes con un rango de años de consumo de alcohol de 20, 42, 45 y 60 años. El alcohol es un irritante químico directo de

la mucosa bucal y actúa a temprana edad. Ver Anexo 5.1: Tabla 2.

Lesiones Malignas:

Las lesiones malignas de cáncer bucal diagnosticadas fueron 18 casos 50% (9/18) en hombres y 50% (9/18) en mujeres. De los 18 casos positivos se reportaron 9 fallecidos: 6 hombres y 3 mujeres, en edades mayores de 55 años y con un promedio de edad de 66 años.

El área anatómica de mayor incidencia fue la lengua, seguido del paladar duro, istmo de las fauces, encía marginal, parótidas, piso de boca y mucosa del carrillo, mandíbula y mentón, entre otras. Ver Gráfico 34.



De acuerdo con los diagnósticos histopatológicos realizados, el 17% correspondió a lesiones de adenocarcinomas y el 83% correspondió a carcinoma de células escamosas, que es la forma más común del cáncer bucal (COCE). Ver Gráfico 35.

La distribución geográfica por provincia de los casos con cáncer bucal detectados fue: 5 casos en la provincia de Panamá, 5 casos en la provincia de Bocas del Toro, 3 casos en la provincia de Chiriquí, 2 casos en la provincia de Herrera, 1 caso en la Comarca Ngäbe Buglé, 1 caso en la provincia de Veraguas y 1 caso en la provincia de Los Santos.

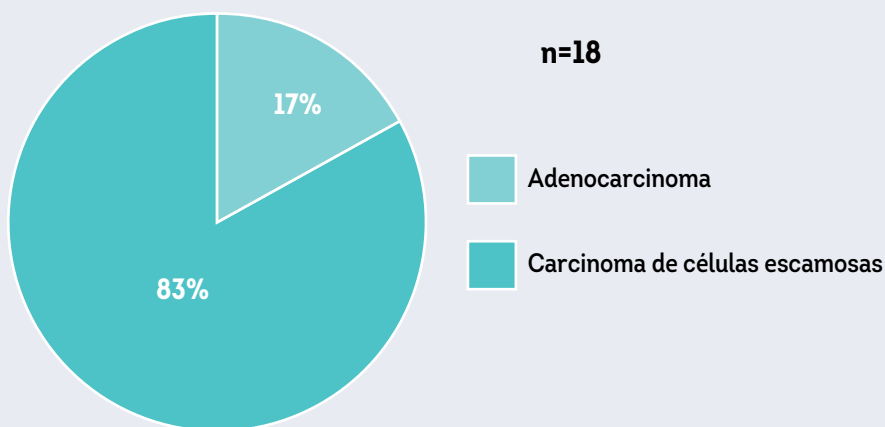
Según Region de Salud los casos positivos de cáncer bucal se registraron así: San Miguelito 3 casos, Chiriquí 3 casos, Herrera 2 casos y la Región de Bocas del Toro con 5 casos, se observa un preocupante incremento de casos con relación a las otras Regiones de Salud

donde los casos fueron esporádicos lo que indica que se requiere fortalecer la práctica de la evaluación periódica de la salud bucal a través de los controles de salud.

La tasa de prevalencia del cáncer bucal en la población estudiada fue de 0,12%, siendo una tasa de baja prevalencia, su valor radica en la intervención diagnóstica de cáncer bucal en la población estudiada, detectados a través del examen extra e intraoral realizado por los examinadores.

Las lesiones malignas de cáncer bucal detectadas a través del examen extra e intra oral fueron 18 casos en esta investigación. De los casos positivos se reportaron 9 fallecidos, 6 hombres y 3 mujeres, se observó que la mortalidad en el hombre fue mayor que las mujeres, y que la mortalidad aumenta proporcionalmente con la edad. La edad promedio de los fallecidos, estuvo en los 66 años. Ver Gráfico 36.

GRÁFICO 35: Diagnóstico Histopatológico de Lesiones Malignas de Cáncer Bucal. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

ILUSTRACIÓN 1:

Casos positivos de Cáncer Bucal, según Distribución Geográfica. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

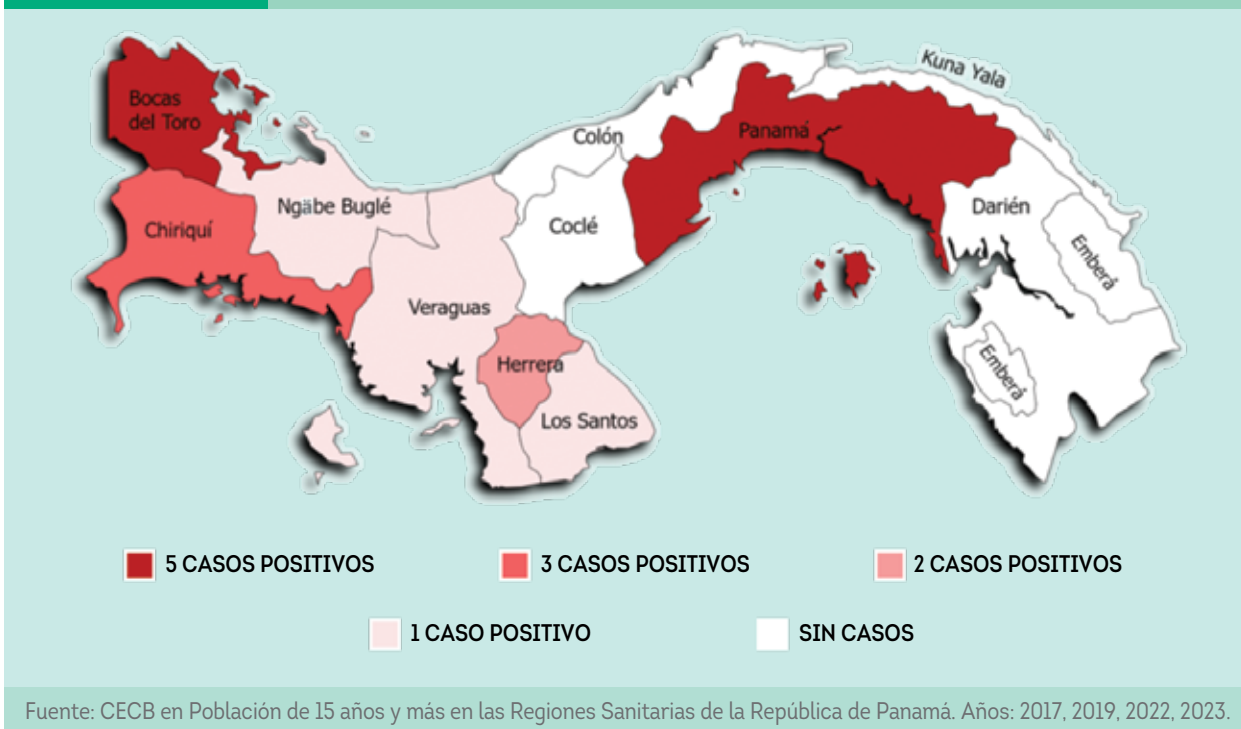
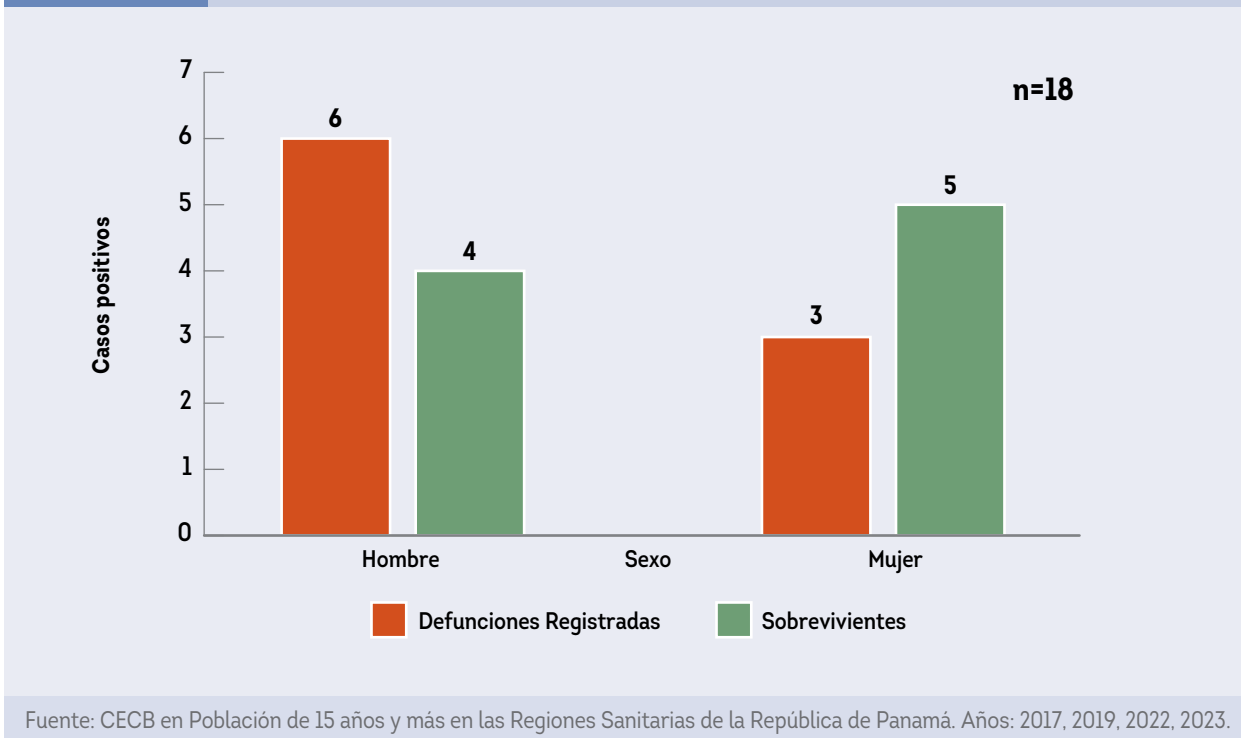


GRÁFICO 36:

Defunciones Registradas durante el Estudio y Sobrevivientes de los Casos Positivos de Cáncer Bucal, Según Sexo. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



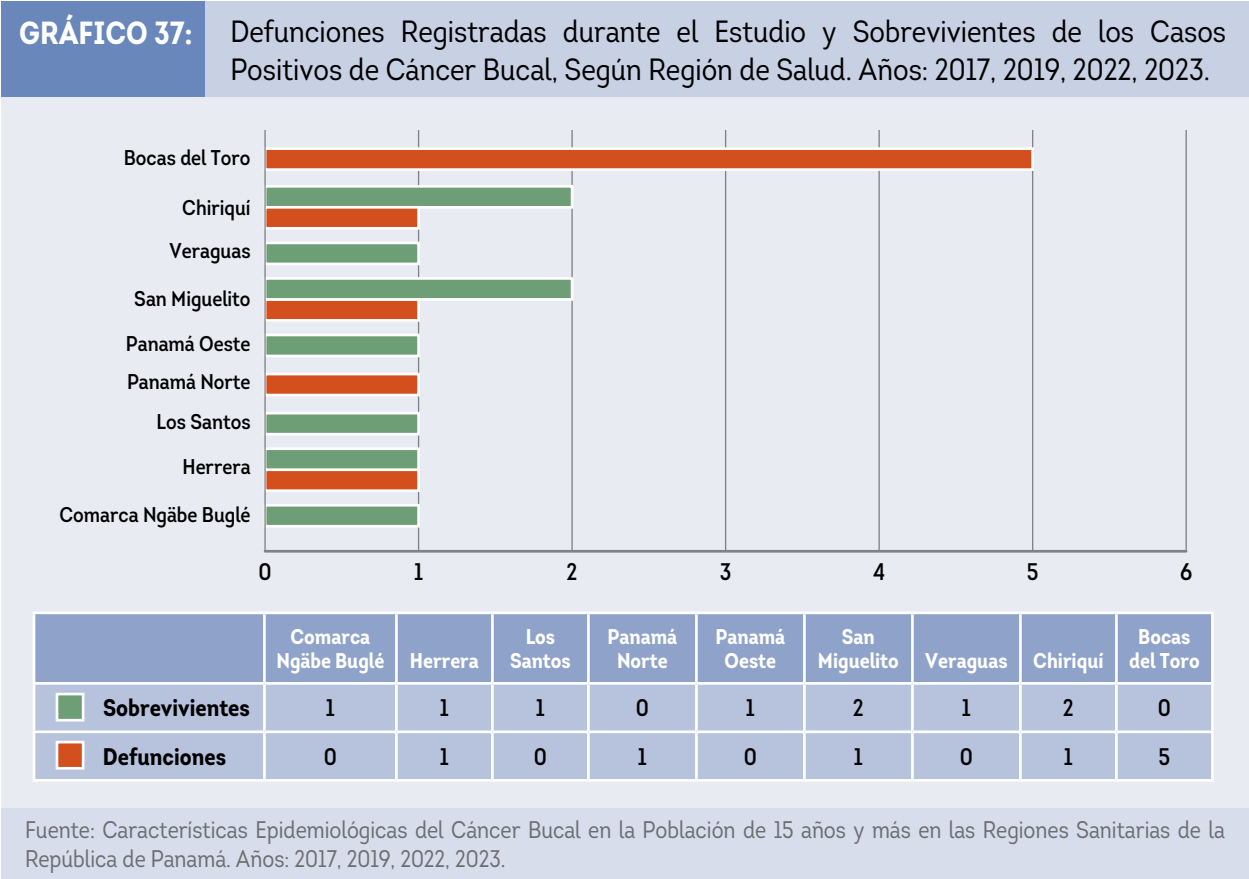
Según los casos positivos por región de salud se reportó que el 50% de los pacientes con lesiones malignas de cáncer bucal fallecieron. La Región de Bocas del Toro reportó la mayor cantidad de defunciones, donde se registraron cinco (5) casos en edades de 55 a 75 años, los 5 pacientes fallecieron en un periodo de tiempo menor de 1 año, después de conocer el diagnóstico y haber iniciado el tratamiento el ION. Le sigue la Región de Chiriquí donde se reportaron 3 casos positivos de los cuales, se reporta 1 fallecido de 83 años con metástasis en estómago por lo que no se recomendó tratamiento de Rx terapia, solo cuidados paliativos, falleció tres (3) meses después del diagnóstico. En la Región de San Miguelito se diagnosticaron 3 casos positivos de los cuales 1 caso, mujer de 56 años falleció,

también se reportaron defunciones en las Regiones de Panamá Norte y en la Región de Herrera. Ver Gráfico 37.

Las lesiones malignas detectadas en el estudio presentaron características severas, en estadios avanzados 3 y 4 de cáncer bucal, algunos casos con metástasis y mucho dolor.

Según criterio ponderado de riesgo a juicio del investigador, de 18 casos detectados 8 de los mismos, tenían riesgo muy alto, 7 alto riesgo y 3 riesgo moderado.

Se realizó un análisis a criterio del investigador sobre los factores de riesgo que presentaron los pacientes con diagnóstico de lesiones malignas y

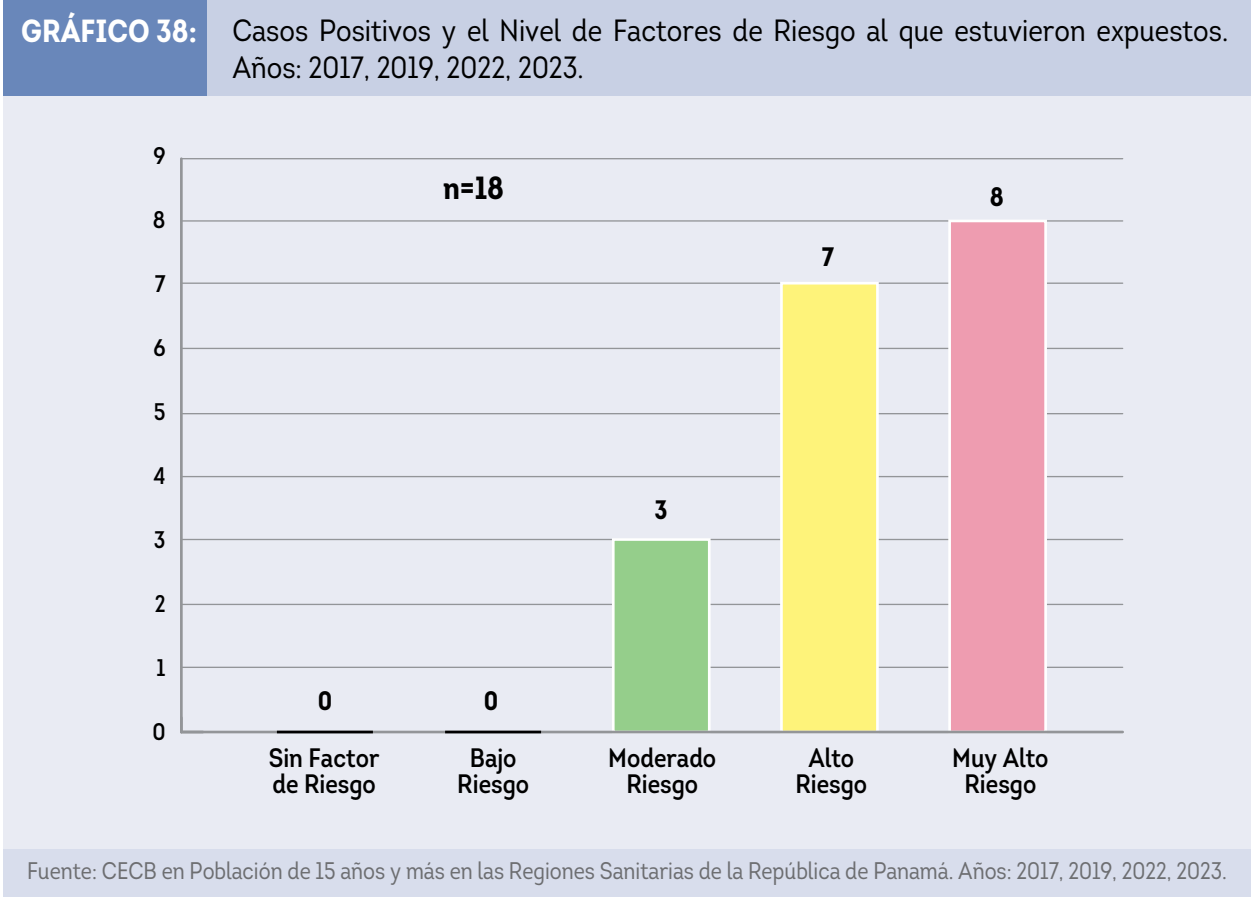


se le dio un valor criterio a cada factor de riesgo identificado, según los datos de la encuesta aplicada a cada paciente. Se clasificaron así: valor **criterio 1**, sin factor de riesgo, bajo riesgo: los que presentaron 1 factor de riesgo, con un valor **criterio de 2**, riesgo moderado: pacientes con 2 factores de riesgo, con un valor **criterio de 3**, riesgo alto: los que presentaron de 3-4 factores de riesgo, con un valor **criterio de 4**, muy alto: cuando presentaban 5 y más factores de riesgo con un valor **criterio de 5**.

Según criterio ponderado de riesgo a juicio del investigador, de los **18 casos** detectados

8 casos, tenían riesgo muy alto, 7 casos presentaron **alto riesgo** y 3 casos presentaron **riesgo moderado**. Ver Cuadro 1.

La condición de los factores de riesgo de los pacientes con lesiones malignas estuvo entre la categoría de alto y muy alto, con un valor criterio de 4 a 5. La mayoría de los examinados con lesiones malignas fueron detectados en estado fase 4, con enfermedades crónicas, complicaciones y con dolor. El promedio de edad de los pacientes con diagnóstico de cáncer bucal detectados en el estudio fue de 62 años.



CUADRO 1: Factores y Condición de Riesgo de Cáncer Bucal, en Pacientes Examinados con Lesiones Malignas. Año: 2017-2023

N°	Edad	Sexo	Lesión maligna	Ocupación	Valor criterio Factor de riesgo	Condición Factor de riesgo	Factores de riesgo	Región	Localidad
1	67	H	1	Técnico	5	Muy Alto	Edad, Tabaco, Alcohol, Trauma, Tiempo	San Miguelito	Santa Librada
2	53	M	1	Ama de casa	4	Alto	Edad, Trauma, Tiempo	San Miguelito	Victoriano Lorenzo
3	56	M	1	Ama de casa (Falleció)	4	Alto	Edad, Trauma, Tiempo	San Miguelito	Valle de Urracá
4	80	M	1	Ama de casa	4	Alto	Edad, Tabaco (pipa), Trauma, Tiempo	Herrera	Llano Bonito
5	74	H	1	Jubilado (Falleció)	4	Alto	Edad, Tabaco, Alcohol, Tiempo	Herrera	Parita
6	47	M	1	Ama de casa	4	Alto	Fumadora pasiva, alcohol, Trauma, Tiempo	Los Santos	Pedasí
7	81	M	1	Agricultor	5	Muy Alto	Edad, Tabaco (invertido), Trauma, Tiempo, Ocupación.	Veraguas	Río de Jesús
8	74	H	1	Jubilado (Falleció)	6	Muy Alto	Edad, Tabaco, Alcohol, Trauma, Tiempo, Sexo oral.	Panamá Norte	Alcalde Díaz
9	63	M	1	Ama de casa	4	Alta	Edad, Tiempo, Trauma	Panamá Oeste	Arraiján
10	83	M	1	Ama de casa (Falleció)	4	Alto	Edad, Tabaco (mascado), Tiempo	Chiriquí	Progreso Barú
11	57	H	1	Agricultor (Falleció)	5	Muy Alto	Edad, Tabaco, Alcohol, Ocupación, Tiempo	Bocas del Toro	Chiriquí Grande
12	64	H	1	Agricultor (Falleció)	5	Muy Alto	Edad, Tabaco, Alcohol, Ocupación, Tiempo	Bocas del Toro	Almirante
13	75	H	1	Desempleado (Falleció)	4	Alto	Edad, Tabaco, Alcohol, Tiempo	Bocas del Toro	Changuinola
14	56	M	1	Ama de casa (Falleció)	4	Alto	Edad, Tabaco, Trauma	Bocas del Toro	Changuinola
15	55	H	1	Ayudante General (Falleció)	4	Alto	Edad, Tabaco; alcohol, Tiempo	Bocas del Toro	Changuinola
16	26	M	1	Ama de casa	4	Alto	Sexo oral, Trauma, Tiempo	Comarca Ngäbe Buglé	Río Sereno
17	49	H	1	Policía	5	Muy Alto	Edad, Alcohol, Trauma, Antecedente familiar, Tiempo	Chiriquí	Loma Colorada
18	56	H	1	Privado de Libertad	5	Muy Alto	Edad, Tabaco, Alcohol, Privación de libertad, Tiempo	Chiriquí	David

*		BAJO		MODERADO		ALTO		MUY ALTO	
SIN FACTOR DE RIESGO		1 FACTOR		2 FACTORES		3-4 FACTORES		5 Y MÁS FACTORES	
Valor criterio		Valor criterio		Valor criterio		Valor criterio		Valor criterio	
1		2		3		4		5	

14.1. Casos Positivos de Cáncer Bucal

Caso 1:

Paciente masculino de 67 años, de la Región de San Miguelito, presenta lesión ulcerada, en el piso de boca, encía marginal, se extendía a la encía alveolar, con pérdida de parte del hueso mandibular, con historia de exfumador, reportó que tenía 30 años de haber abandonado el hábito de fumar, ex bebedor con 9 años de haber abandonado el hábito de tomar no mezclaba tabaco más alcohol. El paciente sufría de Isquemia cerebral.

Dx. Histopatológico: Carcinoma de Células Escamosas Indiferenciadas.

FIGURA 1: Paciente masculino de 67 años, con Carcinoma de Células Escamosas Indiferenciadas.



Fuente: Encuesta de Cáncer Bucal, Año 2017.

Caso 2:

Paciente femenina de 53 años, de la Región de San Miguelito, que presentaba una lesión ulcerada e infiltrante en el borde lateral derecho de la lengua. La paciente no reportó historia de fumar, ni ingerir bebidas alcohólicas, presentaba un trauma crónico producido por un molar de la mandíbula con linguo versión.

Dx. Histopatológico: Carcinoma de Células Escamosas Infiltrantes.

FIGURA 2: Paciente femenina de 53 años, con Carcinoma de Células Escamosas Infiltrantes



Fuente: Encuesta de Cáncer Bucal, Año 2017.

Caso 3:

Paciente femenina de 56 años, de la Región de San Miguelito, que presentaba una lesión ulcerada infiltrante amplia hacia la bóveda palatina derecha, la paciente manifestó que no fumaba ni tomaba alcohol, era Indígena del grupo étnico Ngäbe Buglé.

Dx. Histopatológico: Adenocarcinoma.

FIGURA 3: Paciente femenina de 56 años, con Adenocarcinoma.



Fuente: Encuesta de Cáncer Bucal, Año 2017.

Caso 4:

Paciente femenina de 80 años, ama de casa, de la Región de Salud de Herrera, del Centro de Salud de Llano Bonito, con historia de fumador de tabaco en pipa, por 68 años; actualmente fuma dos pipas al día, fue fumadora pasiva por 26 años, no reportó alcoholismo. Presentó una lesión de color blanco y rojo, con inflamación crónica, mayor de 4 cm, en la mucosa del carrillo en el lado derecho, con historia de dolor.

Dx. Histopatológico: Carcinoma de células escamosas moderado y pobremente diferenciado. Esta paciente está actualmente en tratamiento de radioterapia (RT), en el Hospital Oncológico.

FIGURA 4: Paciente femenina de 80 años, con Carcinoma de Células Escamosas Moderado.



Fuente: Encuesta de Cáncer Bucal, fase2, etapa1, año 2018-2019.

Caso 5:

Paciente masculino de 74 años, jubilado, de la Región de Salud de Herrera, del Centro de Salud de Parita, con historia de fumador por 52 años y fumador pasivo por 50 años. Reportó historia de alcoholismo por 15 años.

Presentó lesión ulcerada en encía marginal, paladar duro y blando, lado izquierdo, mayor de 4 cm.

Dx. Histopatológico: Adenocarcinoma oral.

Paciente falleció, (q.e.p.d).

FIGURA 5: Paciente masculino de 74 años, con Adenocarcinoma Oral.



Fuente: Encuesta de Cáncer Bucal, fase2, etapa1, año 2018-2019.

Caso 6:

Paciente femenina de 47 años, ama de casa, de la Región de Salud de Los Santos, del Centro de Salud de Pedasi, con historia de que fue fumadora pasiva por 40 años. Actualmente no fuma y reporta que toma bebidas alcohólicas (cervezas y seco) una vez por semana y los fines de semana.

Presentó lesión ulcerada de color rojo, de superficie no homogénea y de bordes irregulares, de crecimiento rápido, ubicada en el borde lateral de la lengua, lado derecho, mayor de 4 cm.

Dx. histopatológico: Carcinoma de células escamosas.

FIGURA 6: Paciente femenina de 47 años, con diagnóstico de Carcinoma de Células Escamosas.



Fuente: Encuesta de Cáncer Bucal, fase2, etapa1, año 2018-2019

Caso 7:

Paciente masculino de 81 años, agricultor, de la Región de Salud de Veraguas, del Centro de Salud de Río de Jesús, con historia de tabaquismo crónico invertido por 60 años y 2 años de cesación. Presentó úlcera de bordes invaginados, lesión exofítica, en el Istmo de las fauces (pilar anterior de orofaringe), mayor de 4 cm.

Este paciente está en remisión, en marzo 2,020 finalizó tratamiento de quimioterapia (QT) y RT (35 sesiones).

Dx. Histopatológico: Carcinoma de Células Escamosas Invasor.

FIGURA 7: Paciente masculino de 81 años, Carcinoma de Células Escamosas Invasor.



Fuente: Encuesta de Cáncer Bucal, fase2, etapa1, año 2018-2019

Caso 8:

Paciente femenina de 63 años, ama de casa, presentó lesión por trauma, ulcerada de bordes irregulares, de color roja y blanca, ulcera en borde lateral de lengua, lado derecho, de crecimiento rápido, mayor de 4 cm. La paciente reporta que no fuma, no es exfumador, no es fumador pasivo y no bebe.

Dx. Presuntivo: Lesión ulcerada por trauma.

Dx. Histopatológico: Carcinoma de células escamosas.

La paciente fue operada y estaba en tratamiento de radioterapia.

FIGURA 8: Paciente femenina de 63 años, Carcinoma de Célula Escamosa.



Fuente: Encuesta de Cáncer Bucal, fase 2 etapa 2, año 2021-2022.

Caso 9:

Paciente masculino de 74 años, jubilado, asegurado, del área de Salamanca, Colón, vivía en Alcalde Díaz, Panamá Norte. Presentó tumoración de consistencia blanda, a nivel de los ganglios submentonianos, de crecimiento lento, con dolor a la palpación. Lesión ulcerada de color blanca-roja, superficie no homogénea, textura fisurada, $\geq$ a 4 cm, en zona retromolar derecha, Istmo de las fauces, se extiende a piso de boca, lado inferior derecho. Reportó haber realizado tratamientos y medicación previos a la lesión encontrada. Fumaba 10 cigarrillos por día, historia de fumador por 60 años y 60 años de beber cerveza, seco y ron de 2 a 3 veces por semana, informó que fumaba y tomaba alcohol a la vez. Utilizaba prótesis dental, y practicaba sexo oral. Paciente estuvo en tratamiento de RXs y QMs terapia en el ION. En la tomografía se detectó una lesión en el pulmón. Estuvo en cuidados paliativo. La biopsia se realizó en el Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos. Paciente Falleció.

Dx. Presuntivo: Carcinoma.

Dx. Histopatológico: Carcinoma Escamoso Basaloide Invasivo con Infiltración Perineural.

FIGURA 9: Paciente masculino de 74 años, con Carcinoma Escamoso Basaloide Invasivo.



Fuente: Encuesta de Cáncer Bucal, fase 2 etapa 2, año 2021-2022.

Caso 10:

Paciente masculino de 53 años, conductor de colegial, asegurado, del Centro de Salud de Chepo, Región de Panamá Este. Presentó tumoración a nivel de los ganglios submaxilares, de consistencia blanda y crecimiento lento, sin dolor a la palpación. Lesión tipo placa de color blanca/roja, de superficie no homogénea, textura moteada, de 2 a 4cm de tamaño, localizado en el paladar blando, lado izquierdo. Se realizaron tratamientos previos a la lesión hallada y se médico la lesión. Se realizó la biopsia en el Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos.

Dx. Histopatológico: Carcinoma escamocelular.

FIGURA 10: Paciente masculino de 53 años, con Carcinoma Escamocelular.



Fuente: Encuesta de Cáncer Bucal, fase 2 etapa 2, año 2021-2022.

Caso 11:

Paciente femenina de 83 años, ama de casa, de la Región de Salud de Chiriquí, Centro de Salud de Progreso Barú, presentó úlcera irregular de bordes elevados de 1 mes de evolución, localizado en encía marginal y mucosa de fondo de vestíbulo en área de premolares y molares derechos, la lesión se extiende al reborde alveolar. Reportó historia de mascar tabaco desde los 13 años de edad, por más de 70 años, también dijo que usaba prótesis dental.

Dx. Histopatológico: Carcinoma de células escamosas bien diferenciado. Se refirió al ION, se le detectó un cáncer de estómago en estado terminal. Paciente falleció.

FIGURA 11: Paciente femenina de 83 años, con historia de mascar tabaco desde los 13 años, presenta Carcinoma de Células Escamosas.



Fuente: Estudio de Cáncer Bucal, fase2, etapa3. Año 2023.

Caso 12:

Paciente femenina de 26 años, ama de casa, de la Comarca Ngäbe Buglé, acudió al Centro de Salud de Río Sereno. Presenta placa blanca-roja, en lengua borde anterior, lado derecho, superficie no homogénea, textura moteada, de 2 a 4cm. Historia de trauma crónico en lengua borde anterior lado derecho. No toma, no fuma, practica sexo oral.

Dx. Histopatológico: Carcinoma de células escamosas bien diferenciado infiltrante. Paciente en Tx en el ION

FIGURA 12: Paciente femenina de 26 años, historia de trauma crónico en lengua borde anterior lado derecho, presenta Carcinoma de Células Escamosas.



Fuente: Estudio de Cáncer Bucal, fase2, etapa3. Año 2023.

Caso 13:

Paciente masculino de 56 años, privado de libertad, del Centro Penitenciario de Chiriquí, acudió al Centro de Salud de Las Lomas, con lesión roja (placa roja) en paladar duro de más de 6 meses de evolución, vascularizada, > 4 cm, con extensión a paladar blando y piso nasal, sintomático, reporta que tomo alcohol por 10 años, tiene 8 años de ser ex bebedor y 8 años de ser fumador pasivo. Negativo a VIH. Presentaba mucho dolor y no podía comer. Al paciente se le otorgo depósito domiciliario, por su situación de salud.

Dx. Histopatológico: Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado infiltrante, con foco sospechoso de invasión linfovascular.

FIGURA 13: Paciente masculino de 56 años, con lesión roja en paladar duro, presenta Carcinoma de Células Escamosas.



Fuente: Estudio de Cáncer Bucal, fase2, etapa3. Año 2023.

Caso 14:

Paciente masculino de 57 años, agricultor, de la Región de Salud de Bocas del Toro, Norteño, Chiriquí Grande, con lesión en tejido blando, en mucosa de región anterior de la mandíbula, hiperplásica, múltiple irregular de 2x2 cm, profunda, sésil, exofítica, hiperémica y blanda, superficie rugosa, contorno irregular, sin límites definidos, sin contenido, móvil en áreas superficiales y fija en áreas profundas, de evolución lenta y con linfadenopatía en el cuello, de origen desconocido. Masa tumoral en cavidad bucal y mentón. Con historia de 20 años de ser exfumador y 10 años de ser fumador pasivo. No toma bebidas alcohólicas.

Dx. Histopatológico Cavity bucal: Carcinoma escamoso invasor moderadamente diferenciado. Región de Mentón: carcinoma escamoso invasor, moderadamente diferenciado. Paciente terminó TX QM terapia (3 sesiones), inició rx terapia (7 sesiones). Paciente estuvo en Tx. Paliativo. Falleció el 8 de agosto 2024.

FIGURA 14: Paciente masculino de 57 años, agricultor, con lesión en región anterior de la mandíbula, presenta Carcinoma Escamoso Invasor.



Fuente: Estudio de Cáncer Bucal, fase2, etapa 3. Año 2023

Caso 15:

Paciente masculino de 64 años, agricultor, de la Región de Salud de Bocas del Toro, Almirante, con tumoración nasal, surcos paranasales. Lesión en área ósea el maxilar superior, paladar duro y tejidos blandos. De forma irregular, contenido purulento y superficie lisa. Historia de larga data de obstrucción nasal izquierda. Reporta historia de bebedor por 42 años, hace un (1) año dejó de beber, tomaba cervezas y seco de 4 a 5 veces por semana, también tomaba vino de palma. Con historia de ser fumador pasivo por 40 años. Se le realizó biopsia el 11-07-2023, se tomaron 3 muestras de la fosa nasal izquierda. Ante la duda (Falso positivo) del 1er resultado se realizó una 2da biopsia (14-08-23), con resultado positivo. Paciente falleció el 15-12-23.

Dx. Histopatológico Cavity bucal: Carcinoma pobremente diferenciado. Tumor profundo, necrosis isquémica.

FIGURA 15: Paciente masculino de 64 años, agricultor con lesión en paladar duro y tejidos blandos, presenta Carcinoma y tumor profundo con necrosis.



Fuente: Estudio de Cáncer Bucal, fase2, etapa 3. Año 2023.

Caso 16:

Paciente masculino de 49 años, policía, asegurado, de la Policlínica Gustavo Ross, de la Región de Chiriquí, Loma Colorada. Presenta lesión pediculada (fibroma), en borde lateral derecho de la lengua, lesión traumática de larga data, de 2 cm de longitud. Reporta que no fuma, historia de bebedor por 20 años, actualmente no toma, antecedente familiar de cáncer bucal (hermano). El paciente toca instrumento de viento.

Dx. Histopatológico: Carcinoma escamoso lingual, tumor bien diferenciado.

FIGURA 16: Paciente masculino de 49 años, policía, con lesión traumática, en borde lateral de la lengua, presenta Carcinoma Escamoso Lingual.



Fuente: Estudio de Cáncer Bucal, fase2, etapa3. Año 2023.

Caso 17:

Paciente femenina de 56 años, ama de casa, indígena, de la Región de Bocas del Toro, Hospital Raúl Dávila Mena, reside en Changuinola, Guabito, San San, La Mona. Presentó lesión ulcerada blanca/roja de superficie no homogénea, textura verrugosa, bordes invertidos, contorno difuso, tumor de consistencia dura, sin contenido, no móvil, de crecimiento lento, localizado en encía marginal y alveolar, superior derecha y región retromolar, ≥ 4 cm. Con historia de exfumadora, trauma crónico, múltiples inflamaciones, caries dental y mala higiene oral. Reporta tratamientos previos con medicación de la lesión. Presento dolor y parálisis facial del lado derecho.

Dx. Histopatológico inicial (1era biopsia): Hiperplasia epitelial con ulceración y tejido de granulación, asociado a abundante actinomyces. No se identifica malignidad en esta muestra, se recomendó hacer una 2da biopsia.

Dx. Histopatológico definitivo (2da biopsia) Adenoma Pleomórfico, con extensión al cuello y base de cráneo. Inoperable. Paciente falleció julio 2024

FIGURA 17: Paciente femenina de 56 años, ama de casa, indígena, con lesión ulcerada blanca/roja en encía marginal, presenta Adenoma Pleomórfico.



Fuente: Estudio de Cáncer Bucal, fase2, etapa3. Año 2023.

Caso 18:

Biopsia: PB2023-1472

Paciente masculino de 75 años, jubilado, indígena Ngäbe Buglé, de la Región de Salud de Bocas del Toro, Hospital Raúl Dávila Mena, reside en Changuinola, Barranco adentro. Con HTA y DM2. Presentó masa tumoral de consistencia dura, de 5 años de evolución, de crecimiento lento, en área de la parótida izquierda, indurada, asociada a eritema, localizada en el área de ganglios preauriculares y submaxilares. Reporta que no fuma, Hx de bebedor por 15 años, tiene 40 años de ser ex bebedor.

Dx. presuntivo: Carcinoma de parótida izquierdo, posible cáncer mucoepidermoide.

Diagnóstico Histopatológico: Neoplasia maligna epitelial queratizante compatible con **Carcinoma Escamoso Moderadamente Diferenciado**. Recomiendan estudios complementarios para definir neoplasia primaria vs metastásica. Paciente falleció el 30-03-2024. No hay fotos de este caso, por las condiciones de urgencia que presentaba el paciente.

Caso 19:

Biopsia: R23-3897

Paciente masculino de 55 años, ayudante general, de la Región de Salud de Bocas del Toro, Hospital Raúl Dávila Mena, reside en Changuinola (17 de abril), fue evaluado en el Servicio de Urgencias del Hospital Raúl Dávila Mena. Presentó masa tumoral de consistencia dura, de crecimiento rápido, de coloración blanca y roja, superficie no homogénea y textura lisa, ≥ 4 cm, en el área del istmo de las fauces, en la amígdala palatina, lado derecho.

Paciente fumo por 5 años y con historia de 20 años de ser exfumador, también reportó historia de alcoholismo por 45 años, 4 años de ser exbebedor. Se realizó biopsia excisional de amígdala derecha.

Dx. Histopatológico: Carcinoma de Células Escamosas del tipo No Queratinizante, en Amígdala Palatina, lado derecho.

Por la condición del caso se trasladó al Hospital Rafael Hernández.

Falleció: 11-12- 2023, no se tienen fotos de este caso, por las condiciones críticas del paciente.

14.2. Otras Lesiones Potencialmente Malignas

A continuación, se describen otras lesiones con sospecha de malignidad detectadas en el estudio. Estos pacientes fueron referidos al especialista y se les realizaron las biopsias, cuentan con Dx. histopatológico.

FIGURA 18:

Paciente femenina de 66 años, ama de casa, presenta Fibroma de 40 años de evolución.



Fuente: Estudio de Cáncer Bucal, fase2, etapa3. Año 2023

Región de Chiriquí: Paciente femenina de 66 años, ama de casa, del MINSA/CAPSI, Volcán, HTA, prediabetes, toma medicamento perindopril. Refiere lesión de 40 años de evolución, crecimiento lento, nódulo multilobulado, localizado en encía de canino

inferior derecho, superficie eritematosa, lisa de consistencia firme, fibrosa y base sésil, de 5 cms.

Dx. Histopatológico: Fibroma osificante periferico.

FIGURA 19:

Paciente femenina de 56 años, ama de casa, presenta Hiperplasia Fibrosa en vestíbulo anterior superior, 3 años de evolución, compatible con Épulis Fisurado.



Fuente: Estudio de Cáncer Bucal, fase2, etapa3. Año 2023.

Región de Chiriquí: Paciente femenina de 56 años, ama de casa, de la Región de Chiriquí, MINSA/CAPSI Volcán, asegurada, HTA, diabética. Presenta hiperplasia fibrosa inflamatoria, en fondo de vestíbulo anterior superior, lado izquierdo y derecho, de 3 años de evolución, sintomático, bordes definidos, sésil,

sin cambio de coloración. Factor de riesgo: no fuma, no toma, utiliza prótesis mal adaptada. Se le tomaron 2 muestras una del lado izquierdo y derecho superior.

Dx. Histopatológico: Hiperplasia fibrosa inflamatoria (épulis fisurado).

FIGURA 20:

Paciente masculino de 61 años, comerciante, con lesión tipo Pápula en labio inferior, presenta fibroma por irritación.



Fuente: Estudio de Cáncer Bucal, fase2, etapa3. Año 2023.

Región de Chiriquí: Paciente masculino de 61 años, comerciante, de la Región de Salud de Chiriquí, Policlínica Gustavo Ross. Presenta lesión en labio inferior lado izquierdo, pápula blanda sin molestias, superficie homogénea, con característica nodular de ≤ 2 cm,

remisión previa y reaparición de la lesión con consistencia más dura. Reporta que no fuma, no toma bebidas alcohólicas. Practica sexo oral.

Dx. Histopatológico: Fibroma por irritación.

FIGURA 21:

Paciente femenina de 40 años, ama de casa, con úlcera de aparición espontánea en paladar duro, presenta Sialometaplasia Necrotizante Bucal.



Fuente: Estudio de Cáncer Bucal, fase2, etapa3. Año 2023.

Región de Chiriquí: Paciente femenina de 40 años, ama de casa, de la Región de Salud de Chiriquí, Policlínica Gustavo Ross, presenta úlcera de aparición espontánea, de 10 días de evolución en mucosa de paladar duro hacia el límite con paladar blando. Reporta prurito en el área y eritema. Reporta

historia de beber alcohol por 10 años. Fumo por 5 años, actualmente es exfumadora y exbebedora.

Dx. Histopatológico: Metaplasia escamosa, proceso inflamatorio compatible con Sialometaplasia necrotizante bucal.

FIGURA 22:

Paciente femenina de 18 años, estudiante, con lesión erosiva sin papilas en cara dorsal de la lengua, compatible con Lengua Geográfica.



Fuente: Estudio de Cáncer Bucal, fase2, etapa3. Año 2023.

Región de Chiriquí: Paciente femenina de 18 años, estudiante, de la Región de Salud de Chiriquí, Centro de Salud de Las Lomas. Presenta lesión erosiva sin papilas en mucosa de la cara dorsal de la lengua, tercio medio y anterior, lado izquierdo y derecho,

de ≥ 4 cm, asintomático, superficie no homogénea. Patología benigna, se recomendó corticoides tópicos y control. Paciente no toma, ni fuma.

Dx Clínico: Lengua Geográfica.

FIGURA 23:

Paciente femenina de 80 años, ama de casa, con lesión nodular en lengua dorsal, compatible con Fibroma Traumático.



Fuente: Estudio de Cáncer Bucal, fase2, etapa3. Año 2023.

Región de Chiriquí: Paciente femenina, de 80 años, ama de casa, asegurada, del Hospital Dionisio Arrocha, Puerto Armuelles, presentó lesión nodular en 2/3 anterior de la lengua dorsal, lado izquierdo, base sésil, superficie homogénea, 1 año de evolución. De ≤ 2 cm

de diámetro, sin factores de riesgo asociados. Se realizó biopsia excisional.

Dx. Histopatológico: Hiperplasia Epitelial, Hiperplasia Fibrosa, compatible con Fibroma Traumático.

FIGURA 24:

Paciente masculino de 49 años, policía, con Verruga Pediculada Inflamatoria en comisura labial, compatible con Papiloma Escamoso.



Fuente: Estudio de Cáncer Bucal, fase2, etapa3. Año 2023.

Región de Bocas del Toro: Paciente masculino de 49 años, policía Senafront, asegurado. Región de Salud de Bocas del Toro, Policlínica de Guabito, presenta verruga pediculada inflamatoria, en comisura labial izquierdo, de contorno irregular, con límites

definidos de color oscuro, consistencia elástica, sin contenido, superficial, móvil, de evolución lenta, sin linfadenopatía. Práctica sexo oral.

Dx. Histopatológico: Papiloma Escamoso.



PRINCIPALES RESULTADOS

XV. PRINCIPALES RESULTADOS, AÑOS: 2017,2019,2022,2023.

El presente estudio constituye la primera investigación multicéntrica de alcance nacional realizada en Panamá para caracterizar epidemiológicamente el cáncer bucal y los trastornos orales potencialmente malignos. Entre los principales hallazgos destacan la identificación de lesiones compatibles con OPMD y cáncer bucal en múltiples regiones sanitarias, la confirmación histopatológica de lesiones sospechosas y la caracterización de factores conductuales y sociodemográficos relacionados con la enfermedad.

1. El total de la población examinada en el estudio fue de 15,214 pacientes provenientes de 13 Regiones Sanitarias del país, durante los años: 2017, 2018, 2022 y 2023.
2. Participaron 191 instalaciones de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, 98 instalaciones de salud del MINSA y 93 Instalaciones de la C.S.S., en 13 Regiones de Salud a nivel nacional.
3. Se capacitaron un total de: 205 Odontólogos (155 odontólogos del MINSA y 50 Odontólogos de la CSS) del primer y segundo nivel de atención, en la detección temprana del cáncer bucal y en la identificación de lesiones potencialmente malignas y de cáncer.
4. Del total de la población examinada, el 63.1% (9,584/15,189) de los encuestados fueron mujeres y el 36.9% (5,605/15189) fueron hombres.
5. El 28.2% (4,285/15,189) de los pacientes examinados se encontraban entre las edades de 15 a 24 años, le siguen con un 25.4% (3,855/15,189) la población de 25 a 34 años.
6. De acuerdo con los factores de riesgos encontrados, el 5.51% (839/15,214) de los encuestados reportaron que consumían tabaco.
7. El mayor porcentaje 76% (640/839) de fumadores fueron hombres en edades tempranas de 15 a 24 años.
8. Del total de la población encuestada el 31% (4,779/15,214) bebían alcohol, con un mayor consumo en hombres que en mujeres y en edades tempranas.
9. El 14% (2,068/15214) de los entrevistados reportaron ser fumadores pasivos, la mayoría un 58% (1,202/2,068) fueron mujeres, con una edad media de 24 años.
10. Las Regiones con mayor cantidad de fumadores pasivos fueron la Región Metropolitana y la Región de San Miguelito.

11. El 3% (462/15214) de los entrevistados indicó ser exfumadores, de los cuales el 67% (309/462) eran hombres.
12. Según el consumo de otras drogas, el mayor consumo fue: Marihuana, Crispy y Tabaco, también reportaron utilizar cigarrillos electrónicos.
13. Con relación a los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), existe desconocimiento de la población sobre la enfermedad del cáncer bucal y los factores de riesgo.
14. La población encuestada reportó un bajo nivel de conocimiento con relación a las medidas de prevención del cáncer bucal, más identificado en hombres Jóvenes (15 a 34 años), que en mujeres.
15. La Región Metropolitana y la Región de Veraguas se destacan como las regiones con un nivel deficiente de conocimiento sobre las medidas de prevención del cáncer bucal.
16. El 65% de los encuestados reconoce que el fumar es un factor de riesgo relacionado a la enfermedad cáncer bucal
17. La población mayor de 15 años desconoce que el Virus del Papiloma Humano es un factor de riesgo para la enfermedad cáncer bucal
18. El 64% (9,720/15,214) de la población mayor de 15 años no asiste a su control odontológico cada 6 meses, desconoce la importancia de la revisión bucodental con periodicidad.
19. El 60% (9,181/15214) de los entrevistados desconoce que existe la ley 13 antitabaco.
20. Durante los años del estudio 2017-2023, al examen clínico realizado por los examinadores, se detectaron 120 lesiones con sospecha de malignidad, el 80% con lesiones potencialmente malignas y un 20% con lesiones malignas con edad promedio de 62 años.
21. La mayoría de los examinados con lesiones malignas fueron detectados en estado fase 4, con enfermedades crónicas, complicaciones y con dolor.
22. Las lesiones potencialmente malignas y malignas, en su mayoría, fueron detectadas en el área anatómica de la lengua, paladar duro, istmo de las fauces y encía marginal.
23. La tasa de prevalencia para la población en este estudio fue baja (0.12%), en la población estudiada (15,214).
24. Se evidenció que los jóvenes en edad productiva, en su mayoría consumen tabaco.
25. Las lesiones malignas detectadas en la población de estudio, presentaron características severas e impactantes, en estadios avanzados 3 y 4 de cáncer bucal.
26. En el análisis de la mortalidad por edad, el mayor porcentaje de muertes por cáncer, se reportó en la población mayor de 55 años.
27. El cáncer bucal reflejó una tendencia al ascenso en las Regiones de Salud de Bocas del Toro, Chiriquí y San Miguelito.
28. El rango de edad de los pacientes con diagnóstico de cáncer bucal detectados

en el estudio fue de 26 años a 83 años y el promedio de edad fue de 62 años.

29. Según la ocupación, la mayoría de los hombres a los que se detectaron lesiones potencialmente malignas eran agricultores, policías y jubilados y las mujeres eran amas de casa.
30. Los diagnósticos histopatológicos de las lesiones malignas, en su mayoría (83%), fueron carcinoma de células escamosas

y un menor porcentaje (17%) correspondió a adenocarcinoma.

31. El 50% (9/18) de los pacientes diagnosticados con lesiones malignas de cáncer bucal fallecieron.
32. El hábito de fumar, el consumo de alcohol, el envejecimiento de la población y la irritación local crónica, son algunos de los principales factores de riesgo identificados en el estudio.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

XVI. CONCLUSIONES

1. Se identificaron los factores de riesgo para el cáncer bucal.
2. La tasa de prevalencia para la población de estudio fue baja, con una alta mortalidad.
3. La incidencia de cáncer bucal en los grupos de estudio por región de salud, fue baja, no obstante, las lesiones observadas presentaron características agresivas, severas y dramáticas, en estadios avanzados y con metástasis.
4. Los examinados reconocen como principal factor de riesgo del cáncer bucal el consumo de tabaco y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.
5. Se evidenció que existe desconocimiento en la población encuestada sobre la enfermedad cáncer bucal y las medidas de prevención.
6. Las mujeres reportaron tener un nivel de conocimiento más intermedio, especialmente en edad media (35 a 54 años).
7. La mayoría un 51% (7,708/15214) de los encuestados reportaron un nivel de conocimiento deficiente sobre las medidas de prevención del cáncer bucal.
8. Las Regiones de Veraguas, Metropolitana y Chiriquí, reportaron un nivel de conocimiento deficiente con relación a las medidas de prevención del cáncer bucal.
9. Se destaca el valor diagnóstico y la necesidad de seguir investigando para el fortalecimiento de los servicios odontológicos.
10. La mayoría de población encuestada conoce que existe el Virus del Papiloma Humano (V.P.H.), pero no lo relaciona como factor de riesgo del cáncer bucal.
11. La población encuestada no tiene una actitud positiva hacia el abordaje preventivo para la salud bucal, ya que una gran mayoría no asiste a los controles de salud bucal cada seis (6) meses.
12. La mayoría de los adultos jóvenes encuestados en edad productiva consumen tabaco.
13. El mayor porcentaje de fumadores fueron hombres en edades tempranas (adolescentes y adulto joven), según los grupos de edad considerados en el estudio.
14. Las lesiones malignas fueron diagnosticadas en adultos de avanzada edad, con un promedio de edad de 62 años.
15. En el estudio se reportaron un 3% (387/15,214) de lesiones con sospecha

de malignidad en la población de 15 años y más.

16. Las lesiones potencialmente malignas y malignas en su mayoría fueron detectadas en la lengua, mucosa del carrillo, mucosa labial, en el paladar duro, encía, región retromolar, istmo de las fauces y piso de boca.
17. Se reconoce que el hábito de tabaquismo, el ser fumador pasivo, el alcoholismo, trauma crónico, ocupación, tiempo de consumo de alcohol y tabaco, como los principales factores de riesgo asociados al cáncer bucal.
18. El sexo oral, fumar de forma invertida, mascar tabaco, envejecimiento de la población, la irritación local crónica como otros factores de riesgo que pueden promover la aparición de lesiones potencialmente malignas y de cáncer en la cavidad bucal.
19. En el estudio el mayor porcentaje de fallecidos por cáncer bucal se produce en la población mayor de 55 años.
20. Se reconoce la necesidad de impulsar la vigilancia en el cumplimiento de las medidas de control, educación y programas de cesación para los grupos más jóvenes, y los que están en una edad laboralmente activa.

XVII. RECOMENDACIONES

1. Promover la importancia de un estilo de vida saludable y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, la promoción de una alimentación equilibrada, la reducción del consumo de bebidas alcohólicas y la eliminación del tabaco, las cuales influyen

directamente en la aparición y desarrollo de los diversos tipos de cáncer.

2. Promover la detección temprana y el diagnóstico temprano de las lesiones potencialmente malignas y malignas en la población mayor de 15 años.
3. Realizar campañas continuas de promoción y prevención del cáncer bucal por televisión, radio y redes sociales, de forma sostenible.
4. Fomentar la conciencia de la población sobre los principales factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, y la exposición al virus del papiloma humano (VPH).
5. Elevar la conciencia preventiva en la promoción de las visitas al odontólogo regularmente cada seis (6) meses, para el control de salud, a fin de detectar lesiones primarias potencialmente malignas e identificar tempranamente la enfermedad y los factores de riesgo asociados.
6. Educar a la población sobre las prácticas de higiene bucal adecuadas y hábitos alimenticios saludables.
7. Capacitación de profesionales: Proporcionar educación continua y permanente a los odontólogos del primer nivel, segundo nivel de atención y a los odontólogos examinadores que participaron en este estudio con relación a la identificación de signos y síntomas del cáncer bucal.
8. El equipo de atención de salud y los odontólogos deben educar y ofrecer asesoramiento específico a los pacientes para dejar de fumar y consejos sobre el consumo moderado de alcohol, buena higiene oral y buena nutrición.

9. Promover la atención integral de rutina realizando un examen exhaustivo intra y extraoral de los tejidos blandos y tejidos duros.
10. Fortalecer el sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes con lesiones sospechosas de malignidad y lesiones malignas con diagnóstico de cáncer bucal, así como estrategias eficaces de gestión interdisciplinarias, incluyendo la atención psicosocial.
11. Promover la inmunización contra agentes infecciosos como los virus del papiloma humano.
12. Manejo adecuado de las lesiones potencialmente malignas para reducir la tasa de transformación maligna de las lesiones.
13. Fortalecer las intervenciones preventivas y las capacidades diagnósticas para la detección temprana y atención oportuna.
14. Aumentar los centros especializados y los especialistas (cirujanos maxilofaciales) para hacer las biopsias y el diagnóstico histopatológico, específicamente en provincias centrales y en las regiones de salud de Chiriquí, Comarca Ngäbe Buglé y Bocas del Toro.
15. Monitoreo epidemiológico: monitorear y analizar el perfil epidemiológico del cáncer para adaptar políticas de salud pública, asignar recursos y fomentar la investigación epidemiológica.
16. Fortalecer el currículo de las Instituciones formadoras de profesionales de la odontología, haciendo énfasis en las acciones de promoción, prevención y diagnóstico temprano del cáncer bucal.
17. Realizar acciones de Promoción y Prevención en los diferentes centros de salud y policlínicas por región de salud en el día mundial del cáncer de cabeza y cuello.
18. Implementar programas de tamizaje que faciliten la detección precoz de lesiones con sospecha de malignidad especialmente en grupos de alto riesgo.
19. Establecer líneas de base de datos de referencia para el diseño e implementación de futuras investigaciones sobre el cáncer bucal.
20. Incluir en las estrategias y normas de atención de salud bucal el abordaje preventivo del cáncer bucal.
21. Promover un programa nacional a nivel de las instituciones de salud pública, para que la detección temprana del cáncer bucal sea una actividad de rutina para el odontólogo en la prevención del cáncer bucal.
22. Promover alianzas a nivel de todas las universidades, instalaciones de salud pública y privadas, y sociedades científicas (Senacyt, ICGES, IADR, AOP) a fin de fortalecer la campaña de prevención del cáncer bucal.
23. Considerar la incorporación de los códigos de diagnóstico del cáncer bucal en la clasificación internacional de enfermedades (CIE 11).
24. Incluir los procedimientos y códigos de diagnóstico de cáncer bucal no considerados en el Sistema de Información de Salud (SIS) de la CSS y el Sistema Electrónico de Información de Salud (SEIS) del MINSA, a fin de unificar la codificación en un solo sistema de información.

XVIII. LIMITANTES

1. Barrera intercultural en la comunicación (barrera del idioma) con la población indígena Ngäbe Buglé y los adultos mayores.
2. Limitado interés y desconocimiento de la población en el tema de cáncer bucal.
3. Bajo conocimiento de la población encuestada sobre la enfermedad cáncer bucal y los factores de riesgo: consumo de alcohol y tabaco, exposición al sol y prótesis mal adaptadas. Esto evidencia la urgencia de campañas educativas más focalizadas en estas poblaciones y refuerzan la necesidad de implementar programas de detección temprana del cáncer bucal.
4. Barreras culturales y geográficas: en las comunidades indígenas y rurales, la barrera del idioma limitó la comunicación, el desconocimiento del tema dificultó la recolección de información y la atención de los pacientes.
5. La distancia a los centros e instalaciones de salud representó un desafío para la toma de biopsias y seguimiento de los casos.
6. Falta de infraestructura adecuada: los consultorios odontológicos no cuentan con la iluminación y equipamiento necesario para la toma de biopsias, lo que limita el diagnóstico temprano.
7. Necesidad de personal especializado: cirujanos maxilofaciales y personal técnico de asistencia odontológica en las regiones evaluadas en este estudio, lo que limita la capacidad de atención de pacientes.

8. Limitantes en la localización de los pacientes en áreas de difícil acceso para la cita de toma de biopsias.
9. Limitantes en la coordinación con el área del servicio de maxilofacial para toma de biopsias.
10. Limitantes para el envío de la información para el seguimiento de casos y resultados de las biopsias.
11. Limitantes en la consecución de citas en el Instituto Oncológico Nacional para los pacientes con resultados positivo a cáncer.

XIX. LOGROS

1. Se identificaron los factores de riesgo asociados al cáncer bucal y se diagnosticaron las lesiones potencialmente malignas y malignas de cáncer bucal en la población de estudio.
2. Se analizaron los conocimientos, actitudes y prácticas de salud bucal relacionados con el cáncer bucal.
3. Consolidación y equipamiento del Centro Nacional de Referencia en Histopatología Estomatológica de Panamá (CENARHEP), laboratorio ubicado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá. El CENARHEP brinda servicios especializados de diagnóstico estomatológico en medicina y patología bucal.
4. Capacitación y calibración de 205 Odontólogos (155 odontólogos del MINSA y 50 Odontólogos de la CSS) del primer y segundo nivel de atención en la detección temprana del cáncer bucal, y en el diagnóstico de lesiones potencialmente malignas y de cáncer.

5. Fortalecimiento de la Campaña de Prevención y detección temprana del cáncer bucal, en todas las instalaciones de salud pública del primer y segundo nivel de atención del país, a través de actividades de promoción, prevención y tamizaje en ferias de salud a nivel nacional, en el Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid y en la ULAPS de San Cristóbal Profesor Carlos Velarde de la C.S.S., en el Instituto Conmemorativo Gorgas con participación en Jornadas de docencia al personal técnico y administrativo, en Congresos del Aniversario del Gorgas, Congreso APANAC y en Jornadas de actualización en las diferentes Universidades públicas y privadas.
6. Se realizaron actividades de promoción, prevención y docencia en conmemoración al día mundial del Cáncer de Cabeza y Cuello el 27 de julio de 2022 y 2023, en todas las instalaciones de salud pública del MINSA y CSS del país.
7. Fortalecimiento de un centro de referencia para el diagnóstico estomatológico de lesiones potencialmente malignas, con la donación de Microscopio Binocular, ubicado en el departamento de Odontología y cirugía maxilofacial del Hospital Regional Nicolás A. Solano, coordinado por el Dr. Andrés Alvarado patólogo oral, a fin de fortalecer la detección temprana y realizar los diagnósticos de las lesiones potencialmente malignas de origen odontogénico en la provincia de Panamá Oeste y áreas aledañas.
8. Se realizaron seminarios de sensibilización para odontólogos internos de las Regiones de Salud de Chiriquí y Bocas del Toro MINSA/CSS, sobre las lesiones potencialmente malignas y la prevención temprana del cáncer bucal. Se conto con la participación del Dr. Ricardo Gotti médico Psiquiatra del MINSA con el tema "Apoyo psicológico al paciente con diagnóstico de cáncer bucal".
9. Curso de Excel Básico, Intermedio, Avanzado, dictado por Profesor Daniel Sánchez y su asistente Tania Rodríguez, para el equipo conductor de la investigación. Fue dictando en la facultad de odontología de la U.P., con una duración de 40 horas.
10. Culminación de todas las fases del proyecto y presentación de informes de resultados.
11. Se realizaron Seminarios para divulgar los resultados parciales y nacionales de la Investigación, en las diferentes Regiones de Salud incluidas en el estudio, dirigido a las autoridades regionales, autoridades nacionales, al equipo conductor, a los examinadores, a las instituciones y universidades participantes.
12. Consolidación de una Red de Diagnóstico Virtual activa formada por odontólogos que realizan practica general en los servicios de salud pública, capacitados para la detección temprana de lesiones potencialmente malignas y malignas de cáncer bucal y para el seguimiento de casos con los especialistas del estudio.
13. Inauguración y habilitación de un Centro Nacional de Referencia en Histopatología de Panamá (CENARHEP), el cuenta con facilidades clínicas para la toma de biopsias y procesamiento de muestras, cuenta con un histotecnólogo y patólogos orales para el diagnóstico estomatológico de las lesiones potencialmente malignas y de cáncer bucal.

XX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cáncer-Organización Panamericana de la Salud (2023). Estrategias y Enfoques de la OPS contra el cáncer bucal.

<https://www.paho.org>

Fitzmaurice, C. (2015). La Carga Mundial de Cáncer. *JAMA Oncology*; 1:505-527.

<https://jamanetwork.com>

Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer. (2004). Humo de tabaco y tabaquismo involuntario. Monografías del IARC sobre la evaluación de los riesgos carcinógenos humanos (Vol. 83). 81-82.

Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S, Bernstein L, Schoenberg JB, Stemhagen A, y Fraumeni JF Jr. (1988). Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res.* 1;48(11):3282-7. PMID: 3365707.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3365707/>

Gandini, S., Botteri, E., Iodice, S., Boniol, M., Lowenfels, A. B., Maisonneuve, P. y Boyle, P. (2008). Tobacco smoking and cancer: A meta-analysis. *International Journal of Cancer*, 122(1), 155-164.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17893872/>

Warnakulasuriya, S. (2009). Global epidemiology of oral and oropharyngeal cancer. *Oral Oncology*, 45(4-5), 309-316.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18804401/>

Tramacere, I., Negri, E., Bagnardi, V., Garavello, W., Rola, M., Scotti, L., Islami, F., Corrao, G.,

Boffetta, P. y La Vecchia, C. (2010). A meta-analysis of alcohol drinking and oral and pharyngeal cancers. Part 1: Overall results and dose-risk relation. *Oral Oncology*, 46(7), 497-503.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20444641/>

Hahn, W. C. y Weinberg, R. A. (2002). Rules for making human tumor cells. *The New England Journal of Medicine*, 347(20), 1593-1603.

<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=411328>

World Cancer Research Fund y American Institute for Cancer Research. (2007). *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: A global perspective*. American Institute for Cancer Research.

<https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/4841/1/4841.pdf>

Warnakulasuriya, S., Sutherland, G. y Scully, C. (2005). Tobacco, oral cancer, and treatment of dependence. *Oral Oncology*, 41(3), 244-260.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15743687/>

Sathasivam, H. P., Bhatia, R., Bradley, P., Robson, A., Paleri, V., Cocks, H., Oozeer, N., Milne, D., Sloan, P. y Robinson, M. (2018). Concurrent HPV-associated oropharyngeal carcinoma in four couples. *Oral Oncology*, 86, 33-37.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30409317/>

Motta, J. A. (2011). *Epidemiología del cáncer en Panamá*. Ministerio de Salud de Panamá / Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud.

https://www.researchgate.net/publication/259869141_Epidemiologia_del_Cancer_en_Panama

Ministerio de Salud de Panamá. (2005). *Situación de salud: "Los tumores malignos"*.

https://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/general/2005_situacion_de_salud_de_los_tumores_malignos_.pdf

Gallego, H. J. F. (2005). Epidemiología, prevención y diagnóstico oportuno de cáncer de las vías aerodigestivas superiores. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 3(4), 241-248.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2005/am054e.pdf>

Bagan, J., Sarrion G., Jimenez, Y., (2010). Oral Cancer: Clinical Features. *Oral Oncology*. Volume 46 (6): 414-417.

<http://dx.doi.org/10.1016/J.oraloncology.2010.03.009>

Brandizzi, D., Gandolfo, M., Velazco, M. L., Cabrini, R. L., & Lanfranchi, H. E. (2008). Clinical features and evolution of oral cancer: A study of 274 cases in Buenos Aires, Argentina. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 13(9), E544-E548.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18758396/>

Van der Waal, I. (2009). Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa: Terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncology*, 45(4-5), 317-323.

<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2008.05.016>

Hansen, L. S., Olson, J. A., & Silverman, S., Jr. (1985). Proliferative verrucous leukoplakia: A long-term study of thirty patients. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 60(3), 285-298.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3862042/>

Warnakulasuriya, S., Johnson, NW y Van der Waal, I. (2007). Nomenclatura y clasificación de trastornos potencialmente malignos de la mucosa oral. *Revista de Patología Oral y Medicina*, 36, 575-580.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2007.00582.x>

Pindborg, J. J., Reichart, P. A., Smith, C. J., & Van der Waal, I. (1997). Histological typing of cancer and precancer of the oral mucosa. International histological classification of tumours. *World Health Organization*.

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-60592-5>

Correnti, M., Rivera, H., & Cavazza, M. E. (2004). Detección de virus de papiloma humano de alto potencial oncogénico en carcinoma escamocelular oral en población Venezolana. *Medicina Oral*, 10(3), 163-166.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15089926/>

Gallegos, J. F. (2011). Factores de riesgo en cáncer de la cavidad oral (lengua). *AAPAUNAM Academia Ciencia y Cultura*, 3(2), 92-99.

<https://www.siicsalud.com/des/expertoimpreso.php/139637>

Blanco Carrión, A., Otero Rey, E. M., Peñamaría-Mallón, M., & Blanco-Carrión, A. (2013). *Desórdenes orales potencialmente malignos: manifestaciones clínicas*. *RCOE*, 18(2), 101-110.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6287919>



ANEXOS

XXI. ANEXOS

ANEXO 1. Formulario de Asentimiento Informado para los Menores de 18 años

Formulario de Asentimiento Informado para los menores de 18 años (jóvenes de 15-18 años), que participan del estudio.

Título: Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal en la población de 15 años y más en 12 Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años 2018-2023.

Patrocinador del Estudio: Ministerio de Salud, Caja del Seguro Social, Instituto Conmemorativo Gorgas y otras instituciones.

Investigador Principal: Dr. Rodolfo Epifanio, Dra. Itza Irene Ríos

Estimados Jóvenes: El Ministerio de Salud, te invita a participar de este estudio, para conocer el comportamiento de la enfermedad del **Cáncer Bucal** y los factores de riesgo (situación que aumenta las probabilidades de que una persona contraiga una enfermedad) asociados, en menores de 15-18 años.

Tú participación es **importante y voluntaria** y la información que nos proporciones será **confidencial y anónima**. Por favor lee este formulario y si tiene alguna pregunta, consulte al investigador encargado del estudio, para que le expliquen cualquier palabra o información que no entienda claramente. Uno de tus padres o representante legal será contactado(a), para explicarle el estudio y solicitarle su **consentimiento (autorización)** para que **Tú** participes.

1. Objetivo del Estudio: Determinar las características epidemiológicas del **Cáncer Bucal**, en la población de 15 años y más, en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá, 2018-2024.

2. Propósito: es contribuir con Información estadística al país, sobre los casos y diagnósticos de **Cáncer Bucal** en la población de 15 años y más.

3. Diseño del Estudio:

3.1. Se realizará un examen externo de cabeza y cuello y luego un examen clínico de la cavidad bucal por un odontólogo examinador, el mismo consiste en la **observación y palpación de los tejidos blandos, duros de la boca**, considerando las estrictas normas de bioseguridad.

3.2. Se aplicará una **Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Practicas (CAP)** con la finalidad de **conocer e identificar factores de riesgo** asociados a la enfermedad de Cáncer Bucal.

3.3. Aquellos casos donde se sospeche de la presencia de un problema dentro de la boca (una lesión), se procederá a la toma de una **fotografía clínica de la lesión**, y si es necesario se enviará a un Odontólogo Especialista (**Patólogo**), **quien determinará el tratamiento a seguir**. (Sólo la lesión bucal, será tomada fotográficamente, no así el rostro del participante).

4. Riesgos y Molestias de los Procedimientos del Estudio: Los riesgos o molestias, por participar en la investigación, serán moderados.

5. Beneficios:

- Usted tendrá una revisión de su Cavidad Bucal.
- Los resultados de este estudio beneficiarán su salud bucal y permitirá el diseño de políticas de prevención de la salud.
- Si existe alguna lesión, el diagnóstico (identificación del estado de su salud), será realizado, a través de un análisis en un laboratorio especializado.

6. Costos: Su participación en este estudio, no tiene costo, es completamente gratis.

7. Confidencialidad: En este estudio su identidad personal, se considera estrictamente **confidencial y anónimo**.

8. Contactos: En caso de consultas sobre sus derechos como participante de esta investigación, puede comunicarse con el investigador principal **Dr. Rodolfo Epifanio** a los teléfonos 523-7035 / 393-1204 / 236-0340 / 315-0007 / 6614-7796 y con el **Comité de Bioética** de la investigación

del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; tel: 527-4989, 527-4823, de lunes a viernes en horario de 8:00 a.m. a 12 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:00 p.m., correo: combioetica@gorgas.gob.pa

9. Declaración de Asentimiento Informado:

Declaro que he leído este formulario de **Asentimiento Informado** detenidamente y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la investigación, estas preguntas fueron respondidas y aclaradas a mi entera satisfacción y se me entregará una copia de este Asentimiento Informado para que lo guarde y consulte cuando sea necesario.

Ratifico que mi participación en este estudio es **voluntaria** y que puedo negarme a participar o puedo retirarme en cualquier momento sin sufrir sanciones, ni la pérdida de los beneficios a que tengo derecho. He sido documentado sobre los **procedimientos y beneficios** de mi participación en el estudio y acepto participar en él:

- Sí ☐ No ☐

Firma del participante:

Nombre del Participante	Firma	Fecha	Hora
Nombre del Testigo	Firma	Fecha	Hora
Persona que aplica el Consentimiento Informado	Firma	Fecha	Hora

ANEXO 2. Formulario de Consentimiento Informado para de Mayores de 15 años

Formulario de Consentimiento Informado para de mayores de 15 años y padres/tutores/representante legal de los participantes de 15 a 18 años.

Título: Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal en la población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años 2018-2024.

Patrocinador del Estudio: Ministerio de Salud, Caja del Seguro Social, Instituto Conmemorativo Gorgas y otras instituciones.

Su participación en este estudio es muy importante, usted es libre de elegir **SI participa** o **NO**, sin que ello le provoque inconveniente alguno en su atención. Toda la información suministrada será **confidencial**.

1. El **Propósito** de este estudio es contribuir con Información estadística al país, sobre los casos y diagnósticos de **Cáncer Bucal** de la población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá, 2018-2024.

2. **Objetivo del Estudio: Determinar las características epidemiológicas del Cáncer Bucal, en la población de 15 años y más**, en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá, 2018-2024.

3. Diseño del Estudio:

3.1. Se realizará un examen externo de cabeza y cuello y luego un examen clínico de la cavidad bucal por un odontólogo examinador, el mismo

consiste en la **observación y palpación de los tejidos blandos, duros de la boca**, considerando las estrictas normas de bioseguridad.

3.2. Se aplicará una **Encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP)** con la finalidad de **conocer e identificar factores de riesgo** asociados a la enfermedad de Cáncer Bucal.

3.3. Aquellos casos donde se sospeche de la presencia de un problema dentro de la boca (una lesión), se procederá a la toma de una **fotografía clínica de la lesión**, y se enviará a un Odontólogo Especialista **(Patólogo)**, **quién determinará el tratamiento a seguir**. (Sólo la lesión bucal, será tomada fotográficamente, no así el rostro del participante).

4. **Riesgos y Molestias de los Procedimientos del Estudio:** Los riesgos o molestias, por participar en la investigación, serán moderados.

5. Beneficios:

- Usted tendrá una revisión de su Cavidad Bucal.
- Los resultados de este estudio beneficiarán su salud bucal.

Si existe alguna lesión, el diagnóstico (identificación del estado de su salud), será realizado, a través de un análisis en un laboratorio especializado, y si el caso lo requiere, la referencia a una Instalación de Salud Especializada para su atención.

- Se le entregarán los resultados de su Diagnóstico y Examen Bucal.

6. Costos:

Su participación en este estudio, no tiene costo, es completamente gratis.

7. Confidencialidad:

En este estudio su identidad personal, se considera estrictamente confidencial y privada. Toda la información recolectada será solo para uso de este estudio.

- 8. Contactos:** En caso de consultas sobre sus derechos como participante de esta investigación, puede comunicarse con el investigador principal **Dr. Rodolfo Epifanio** a los teléfonos 523-7035 / 393-1204 / 236-0340 / 315-0007 / 6614-7796 y con el **Comité de Bioética** de la investigación del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; teléfonos 527-4989, 527-4823, de lunes a viernes en horario de 8:00 a.m. a 12 p.m. y de 1:00 p.m.

a 3:00 p.m., correo electrónico: combioetica@gorgas.gob.pa

9. Declaración de Consentimiento Informado:

- Declaro que he leído este formulario de consentimiento informado detenidamente y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la investigación, estas preguntas fueron respondidas y aclaradas a mi entera satisfacción y se me entregará una copia de este Consentimiento Informado para que lo guarde y consulte cuando sea necesario.
- He sido documentado sobre los procedimientos y beneficios de mi participación en el estudio y acepto participar en él:
- Sí ☐ No ☐

Firma del participante:

Nombre del Participante	Firma	Fecha	Hora
Nombre del Testigo	Firma	Fecha	Hora
Persona que aplica el Consentimiento Informado	Firma	Fecha	Hora

ANEXO 3. Consentimiento Informado para Recolección, Uso y Almacenamiento de Muestras Biológicas

Título: Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal en la población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años 2018-2024.

Patrocinador del Estudio: Ministerio de Salud, Comisión Nacional para el Estudio del Tabaquismo, Caja del Seguro Social, Instituto Conmemorativo Gorgas y otras instituciones.

Investigador Principal: Dr. Rodolfo Epifanio, Dra. Itza Irene Ríos.

Dirección: Facultad de Odontología, Universidad de Panamá (Investigadores Principales)

Teléfonos: 523-7035 / 393-1204 / 236-0340 / 315-0007 / 6614-7796.

El **Ministerio de Salud** te invita a participar de este estudio, de carácter voluntario, confidencial y anónimo.

Tu participación en esta parte del estudio es absolutamente necesaria para la correcta realización del estudio principal; por ello si Ud. no desea que se **recolecte y se usen sus muestras biológicas**, háganoslo saber. Usted es libre de elegir si participa o no, sin que ello le provoque inconveniente alguno en su atención.

Por favor lea la información y si tiene alguna pregunta, consulte al investigador encargado del estudio o al equipo del estudio para que le expliquen cualquier palabra o información que no comprenda.

1. Por qué se realiza este estudio

El propósito del estudio es contribuir con Información estadística al sistema de

información Nacional de Cáncer, sobre los casos y diagnósticos de cáncer bucal por tipo y localización provenientes de las Regiones Sanitarias de la República de Panamá, 2018-2024.

Así mismo, crear una red formada de odontólogos (dentistas) generales del país capacitados para detectar lesiones clínicas (daño que se produce en alguna parte del cuerpo a causa de una enfermedad) de cáncer bucal en sus etapas tempranas.

2. Qué pasará si participo de esta parte del estudio

Luego de que firme este consentimiento informado se realizará un examen clínico convencional por profesional de odontología. El profesional realizará el examen clínico de la cavidad bucal, a través de la observación y palpación de los tejidos blandos, duros, considerando las estrictas normas de bioseguridad de salud bucal y el procedimiento de examen bucal, bajo una luz normal incandescente.

Aquellos casos donde se sospeche de la presencia de un desorden potencialmente maligno (sospechoso) o maligno, será considerado y se procederá a la toma de una fotografía clínica de la lesión, la cual debe ser enviada al equipo conductor (investigadores del estudio). Sólo la lesión bucal sospechosa, será tomada fotográficamente, no así el rostro del participante.

3. Toma de Biopsia (muestra de tejido de la parte blanda de la boca):

La biopsia constituye el procedimiento mediante el cual, se remueve un tejido vivo de una lesión sospechosa para su identificación o diagnóstico, a través del estudio histopatológico (estudio de la célula por microscopio).

Si el caso lo requiere, se procederá a efectuar la técnica de biopsia con bisturí, para remover un fragmento (porción) significativo de tejido de la lesión sospechosa para ser estudiado. La muestra tomada de la biopsia debe estar debidamente embalada y codificada, acompañada con el **formulario de diagnóstico presuntivo (sospechoso)**.

4. Pasos previos a la biopsia o toma de muestra por raspado:

Se dispondrá del expediente clínico integral y ficha de odontología del participante, destacando la Importancia de revisar la condición de salud integral del participante, su diagnóstico de salud, exámenes realizados y controles. De ser un participante potencial se procederá inmediatamente a la recopilación de la información del participante, en el instrumento o formulario diseñado en el estudio la descripción detallada de la lesión de la boca, que incluya los aspectos de localización, tamaño, extensión, forma, color, textura, consistencia, tiempo de evolución (tiempo transcurrido desde que apreció la lesión) y signos y síntomas asociados que indique el participante.

Posteriormente, se colocará anestesia bucal (inyección de anestesia local en el área específica de la boca). En el caso que se requiera realizar la biopsia, se utilizará un bisturí estéril para cortar y extraer un trozo de tejido pequeño para ser analizado en un laboratorio con microscopio (diagnóstico de células con microscopio).

El propósito de la toma de muestra de la lesión y/o biopsia es identificar el tipo o clase de la lesión en la boca para establecer un análisis y pronóstico posterior (curso, duración y curación de una enfermedad).

5. Toma de la biopsia

Se procederá a la toma de la biopsia, utilizando un bisturí (instrumento de corte fino) y se efectuará una incisión (corte) en forma elíptica (forma de ojal) pequeña. Se colocará en un envase etiquetado, rotulado y codificado con una solución fijadora (formol al 10%) para conservar la muestra. Esta muestra será enviada a la **Coordinación Regional de Salud Bucal** para que la envíe al **Laboratorio de Cito-histopatología del Hospital de su Región o al CENARHEP**, para que sea procesada en bloque de parafina y laminilla. Una vez obtenido el diagnóstico se contactará al paciente para entregarle el resultado con sus bloques de parafina y laminilla.

Riesgos y Molestias de los Procedimientos del Estudio:

Los riesgos/molestias, por participar en la investigación, serán moderados, se considerarán previamente los criterios de inclusión y exclusión del estudio y el expediente clínico integral del participante, para analizar la condición de salud integral (general) del participante. Se incluirá sutura (hilo quirúrgico) de la incisión (corte) en el tejido de la boca en caso de tomar biopsias y se recetará un analgésico (medicamento para el dolor) al participante. Se dará cita para el corte de puntos (si es el caso), en un tiempo no mayor de ocho (8) días.

6. Beneficios:

Los resultados de este estudio beneficiarán a su salud, considerará un análisis que será útil para conocer los factores (otros aspectos de salud) asociados a su enfermedad y proporcionará información al

Sistema Nacional de Información de Cáncer del País, así como nuevos conocimientos. El estudio contempla análisis histopatológico de las células del examen realizado a la muestra obtenida de su boca.

Su diagnóstico (reconocimiento, identificación del estado de salud), será realizado, a través de un análisis de laboratorio especial para estudio de células (pedacito de la piel vista por microscopio) y el resultado de la biopsia o de la muestra del raspado bucal, será entregado por el patólogo con un informe escrito del diagnóstico histopatológico de la biopsia estudiada, en la instalación de salud donde se atendió y donde se realizará la atención bucal o la referencia a un servicio de salud especializado para su atención.

- 7. Costos:** Su participación en este estudio no significa ningún costo adicional para usted. No recibirá ningún pago por participar en este estudio.

8. Almacenamiento de la muestra biológica

Su muestra se almacenará en bloques de parafina, por 3 años a partir de la toma de la muestra, para estudios histológicos futuros. Después de este período será destruida con los métodos que cumplan con los procedimientos del laboratorio.

9. Confidencialidad:

En este estudio su identidad personal, se considera estrictamente confidencial y privada, ya que se le asignará un código de identificación. Su identidad personal no se dará a conocer en ninguna publicación general o científica de la base de datos. Las personas que tendrán acceso a los códigos y a la información serán el investigador principal y el grupo de investigación.

10. Contactos:

En caso de consultas, preguntas, dudas o aclaraciones relacionados con el estudio, puede contactar al Investigador Principal, **Dr. Rodolfo Epifanio** a los teléfonos 523-7035 / 393-1204 / 236-0340 / 315-0007 / 6614-7796, y para preguntas o consultas sobre sus derechos como participante de un estudio de investigación puede contactar al **Comité de Bioética de la investigación del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud** a los teléfonos 527-4989, 527-4823, de lunes a viernes en horario de 8:00 a.m. a 12 p.m. y de 1:00 p.m. a 3:00 p.m., correo electrónico: combioetica@gorgas.gob.pa

11. Declaración de Consentimiento Informado:

- Declaro que he leído este formulario de consentimiento informado para muestras de tejido (biopsias) detenidamente y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este estudio de investigación, estas preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción y se me entregará una copia de este consentimiento informado para que lo guarde y consulte cuando sea necesario.
- Al dar mi consentimiento para participar en el estudio, ratifico que mi participación en este estudio es voluntaria y que puedo negarme a participar o puedo retirarme en cualquier momento sin sufrir sanciones, ni la pérdida de los beneficios a que tengo derecho.
- He sido documentado sobre los procedimientos y beneficios de mi participación en el estudio y acepto participar en él:

• **Sí** ☐ **No** ☐

Firma del participante:

Nombre del Participante	Firma	Fecha	Hora
Nombre del Testigo	Firma	Fecha	Hora
Persona que aplica el Consentimiento Informado	Firma	Fecha	Hora

ANEXO 4. Instrumento de Recolección de Datos. Años 2017-2023.

PROYECTO. "CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DEL CÁNCER BUCAL EN LA POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS EN 12 REGIONES SANITARIAS DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ. 2018-2020"

Fecha: DD/MM/AA:

I. Identificación del Profesional

1. Número de registro del Odontólogo

2. Región de Salud

3. Código de la institución

Comarca Ngäbe Buglé

Bocas del Toro

Chiriquí

II. Identificación con reserva y acuerdo de confiabilidad

4. Cédula ó pasaporte (#-###-#### ó E-#-###-####):

5. Teléfono fijo o celular:

Lugar de Residencia del Paciente

Provincia

Comarca Ngäbe Buglé

Bocas del Toro

Chiriquí

Otra dirección

III. Sociodemográficas

6. Sexo:

7. Edad en años cumplidos:

8. ¿Tiene seguro social?

9. Estado civil

10. Grupo étnico

11. ¿Cuál grupo étnico?

12. Nivel educativo
13. Ingreso Familiar mensual
14. Ocupación
- Otro, especifique:

IV. Hábitos

15. ¿Fuma?:
16. ¿Es exfumador?
- 16.a. ¿Cuánto tiempo fumo? (años)
- 16.a. ¿Tiempo en años de haber abandonado el hábito de fumar?
17. ¿Es usted fumador pasivo?:
(Absorbe el humo del ambiente donde otro fuma)
- 17.a. ¿Desde qué tiempo es fumador pasivo? (en años)
- 17.b. Mastica tabaco
18. ¿Usted toma bebidas alcohólicas?
- 18.a. Tiempo en años de estar bebiendo bebidas alcohólicas?
19. Cerveza ☐ 1 vez al día ☐ 2 ó 3 veces por semana ☐ Nunca
☐ 2 o más veces al día ☐ 4 ó 5 veces por semana
☐ 1 vez por semana ☐ 7 días a la semana
20. Seco ☐ 1 vez al día ☐ 2 ó 3 veces por semana ☐ Nunca
☐ 2 o más veces al día ☐ 4 ó 5 veces por semana
☐ 1 vez por semana ☐ 7 días a la semana
21. Vino ☐ 1 vez al día ☐ 2 ó 3 veces por semana ☐ Nunca
☐ 2 o más veces al día ☐ 4 ó 5 veces por semana
☐ 1 vez por semana ☐ 7 días a la semana

22. Whisky ☐ 1 vez al día ☐ 2 ó 3 veces por semana ☐ Nunca
☐ 2 o más veces al día ☐ 4 ó 5 veces por semana
☐ 1 vez por semana ☐ 7 días a la semana

23. Ron ☐ 1 vez al día ☐ 2 ó 3 veces por semana ☐ Nunca
☐ 2 o más veces al día ☐ 4 ó 5 veces por semana
☐ 1 vez por semana ☐ 7 días a la semana

24. En qué ocasiones toma usted bebidas alcohólicas

- ☐ Solo fines de semana
☐ Solo días de semana
☐ Todos los días
☐ Ocasiones especiales (cumpleaños-navidad-etc)

24.a. ¿Bebe otras bebidas alcohólicas? ¿Cuáles?

25. ¿Es ex bebedor de bebidas alcohólicas?

25.a. ¿Tiempo en años de haber abandonado el hábito de beber alcohol?

25.b. ¿Cuánto tiempo bebió alcohol en años?

26. ¿Fuma y bebe alcohol a la vez?

27. ¿Usted practica el sexo?

28. Tipo de sexo que practica con más frecuencia

☐ Vaginal ☐ Anal ☐ Oral ☐ Otro

Detalle que otro tipo de sexo:

V. Conocimientos del encuestado

29. ¿Sabe usted que existe el cáncer de boca?

30. ¿Algún familiar ha padecido de cáncer bucal?

31. ¿Qué miembro de su familia ha padecido del cáncer bucal?

Puede seleccionar más de una opción

☐ Padres ☐ Abuelos ☐ Hermanos ☐ Tíos ☐ Primos

32. El cáncer de boca se produce en:

Puede seleccionar más de una opción

- ☐ Labio ☐ Lengua ☐ Encía ☐ Piso de la boca ☐ Paladar ☐ No sé

32. Los síntomas del cáncer de boca son:

Puede seleccionar más de una opción

- | | |
|--|--|
| ☐ Tos, sed | ☐ Inflamación de glándulas frecuentes |
| ☐ Llagas de rápida cicatrización | ☐ Llagas que no cicatrizan |
| ☐ Manchas de color marrón, negras o blancas | ☐ Superficies abultadas duras |
| ☐ Pérdida de dientes sin causas | ☐ Dificultad para hablar, tragar o masticar |
| ☐ No sé | |

33. Factores o causas que producen cáncer en la boca

Puede seleccionar más de una opción

- ☐ Alcoholismo ☐ Exposición al sol ☐ Hábito de fumar
- ☐ Lesiones producidas por calzas y dientes fracturados
- ☐ Consumo de Alimentos y bebidas muy calientes
- ☐ Lesiones (daño) producido por prótesis (chapas) mal adaptadas
- ☐ No sé

34. ¿El cáncer de la boca es más frecuente en?

35. Los hábitos de prevención del cáncer de la boca son:

Puede seleccionar más de una opción

- ☐ Consumo de alimentos saludables
- ☐ Control de salud periódicos
- ☐ Cesación de fumar
- ☐ Cesación de tomar bebidas alcohólicas
- ☐ Prótesis (chapas) dentales bien adaptadas con control odontológicos
- ☐ No sé

36. Conoce el virus de papiloma humano:

37. ¿Cree que el virus de papiloma humano produce cáncer bucal?

38. De la lista que a continuación se presenta, que cree usted que está relacionado con el cáncer bucal.

Puede seleccionar más de una opción

- | | |
|--|---|
| ☐ Fumar | ☐ Dieta alta en grasa |
| ☐ Luz solar | ☐ Bebidas alcohólicas |
| ☐ Calzas filosas o desadaptadas / fracturadas | ☐ Todas las anteriores |
| ☐ Sexo oral | ☐ No sé |

39. ¿Visita el odontólogo cada seis meses para su control de salud bucal?

39.a. Utiliza prótesis dental (chapas)

39.b. La prótesis dental (chapa) le produce irritaciones

39.c. Si le produce irritación la prótesis (chapa) es

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ☐ Irritación | ☐ Herida abierta |
| ☐ Úlceras | ☐ No me afecta |

39.d. Consume alimentos

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| ☐ Calientes | ☐ Muy Calientes | ☐ Templados (al tiempo) |
|------------------------------------|--|--|

40. ¿Conoce usted la Ley 13 (Tabaco)?

VI. Examen Extra Oral de cuello / Palpación ganglionar

Hacer palpación de ganglios antes de contestar la pregunta

41. Tumoración / Volumen

42. Localización de la tumoración encontrada

Puede seleccionar más de una opción

- | | |
|--|---|
| ☐ Pre auriculares | ☐ Cervicales posteriores |
| ☐ Submaxilares | ☐ Submentonianos |
| ☐ Cervicales anteriores | ☐ Supraclaviculares |

43. Tumoración a la palpación (Consistencia de la tumoración a la palpación)

- ☐ Dura ☐ Blanda ☐ Cauchosa

44. Aspecto de la piel

Puede seleccionar más de una opción

- ☐ Normal ☐ Ulcerada ☐ Hiperémica ☐ Tumefacta

45. Crecimiento

- ☐ Lento ☐ Rápido ☐ Desconoce

VI. Examen intraoral

Característica de la lesión

Examinar la boca del paciente antes de contestar la pregunta #

46. ¿El paciente presenta lesión?

47. Tipo de lesión

Si respondió "Otro" en la pregunta anterior, detalle

48. Color de la lesión

Si respondió "Otro" en la pregunta anterior, detalle

49. Superficie ☐ Homogénea ☐ No homogénea

50. Característica de la textura

- ☐ Lisa ☐ Nodular ☐ Moteada
☐ Fisura ☐ Verrugosa

51. Tamaño de la lesión

- ☐ < = 2 cm ☐ > = 4 cm
☐ 2 - 4 cm ☐ No especifico

Localización de la lesión

52. Mucosa labial superior

52.a. Lado en que se encuentra la lesión ☐ Derecha ☐ Izquierdo

53. Mucosa labial inferior

53.a. Lado en que se encuentra la lesión ☐ Derecha ☐ Izquierdo

54. Lengua

54.a. Lado en que se encuentra la lesión ☐ 2/3 anterior lengua ☐ Punta

55. Base de la lengua

55.a. Lado en que se encuentra la lesión ☐ Derecha ☐ Izquierdo ☐ Ambos

55.b. Posición de la lesión en la lengua

☐ Dorsal Lingual ☐ Cara Ventral ☐ Borde de la lengua

56. Piso de la lengua ☐ Sí ☐ No

57. Frenillo lingual ☐ Sí ☐ No

58. Glándulas sublinguales ☐ Sí ☐ No

59. Encía Margina

59.a. Lado en que se encuentra la lesión ☐ Superior ☐ Inferior

60. Encía Alveolar

60.a. Lado en que se encuentra la lesión ☐ Derecha ☐ Izquierdo ☐ Ambos

61. Paladar duro

61.a. Lado en que se encuentra la lesión ☐ Derecha ☐ Izquierdo ☐ Ambos

62. Paladar blando

62.a. Lado en que se encuentra la lesión ☐ Derecha ☐ Izquierdo ☐ Ambos

62. Úvula ☐ Sí ☐ No

63. Mucosa de carillos

63.a. Lado en que se encuentra la lesión ☐ Derecha ☐ Izquierdo

64. Vestíbulo - Bucal

64.a. Lado en que se encuentra la lesión ☐ Bucal ☐ Alveolar ☐ Labial

65. Zona Retromolar

65.a. Lado en que se encuentra la lesión ☐ Derecha ☐ Izquierdo

66. Istmo de las fauces (límite posterior de la cavidad bucal y límite anterior de la faringe)

67. ¿Usted ha tenido tratamientos previos de la lesión hallada? ☐ Sí ☐ No

68. Se medicó la lesión ☐ Sí ☐ No

69. Foto de la lesión ☐ Sí ☐ No

Foto 1	Foto 2
	

70. Diagnostico Presuntivo

Favor anotar todos los posibles diagnósticos

71. ¿Realiza usted la biopsia? ☐ Sí ☐ No

71.a. ¿Refirió usted la toma de la biopsia? ☐ Sí ☐ No

Muchas gracias por su participación

ANEXO 5. Características Clínicas Generales de las Lesiones Bucales Detectadas. Años: 2017-2023.

Distribución Porcentual de las Características de las Lesiones Bucales, Según tipo de Nomenclatura. Años: 2017, 2019, 2022, 2023. n=387

Nomenclatura	Nº	%
Placa	89	23%
Mácula	38	10%
Úlcera	59	15%
Ampolla	25	6%
Tumor	42	11%
Otro	134	35%
Total	387	100%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá.
Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Características de las Lesiones por Color, según Nomenclatura. Años: 2017, 2019, 2022, 2023. n=387

Color de las Lesiones	Ampolla	Mácula	Placa	Tumor	Úlcera	Total General
Blanca	4	2	75	2	12	95
Roja	3	20	29	9	31	92
Del mismo color de la mucosa	15	10	21	25	7	78
Otro	8	32	11	9	9	69
Blanca/Roja	6	2	10	9	26	53
Total general	36	66	146	54	85	387

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá.
Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Distribución Porcentual de las Características de la Lesión, por Tipo de Superficie. Años: 2017, 2019, 2022, 2023. n=341

Textura y superficies	Presenta lesiones	
	Frecuencia	Porcentaje
Fisurada	28	8%
Homogénea	7	25%
No homogénea	21	75%
Lisa	210	62%
Homogénea	186	89%
No homogénea	24	11%
Moteada	16	5%
Homogénea	6	38%
No homogénea	10	63%
Nodular	45	13%
Homogénea	35	78%
No homogénea	10	22%
Verrugosa	42	12%
Homogénea	22	52%
No homogénea	20	48%
Total	341	100%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá.
Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

Distribución Porcentual de las Características de las Lesiones Bucales, por Tamaño de la Lesión. Años: 2017, 2019, 2022, 2023. N=341

Tamaño de la lesión	Presenta lesiones	
	Frecuencia	Porcentaje
<=2cm	194	57%
>=4 cm	45	13%
2-4 cm	80	23%
No especifico	22	6%
Total general	341	100%

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá.
Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

ANEXO 5.1: Descripción de las Lesiones Potencialmente Malignas. Años 2017-2023.

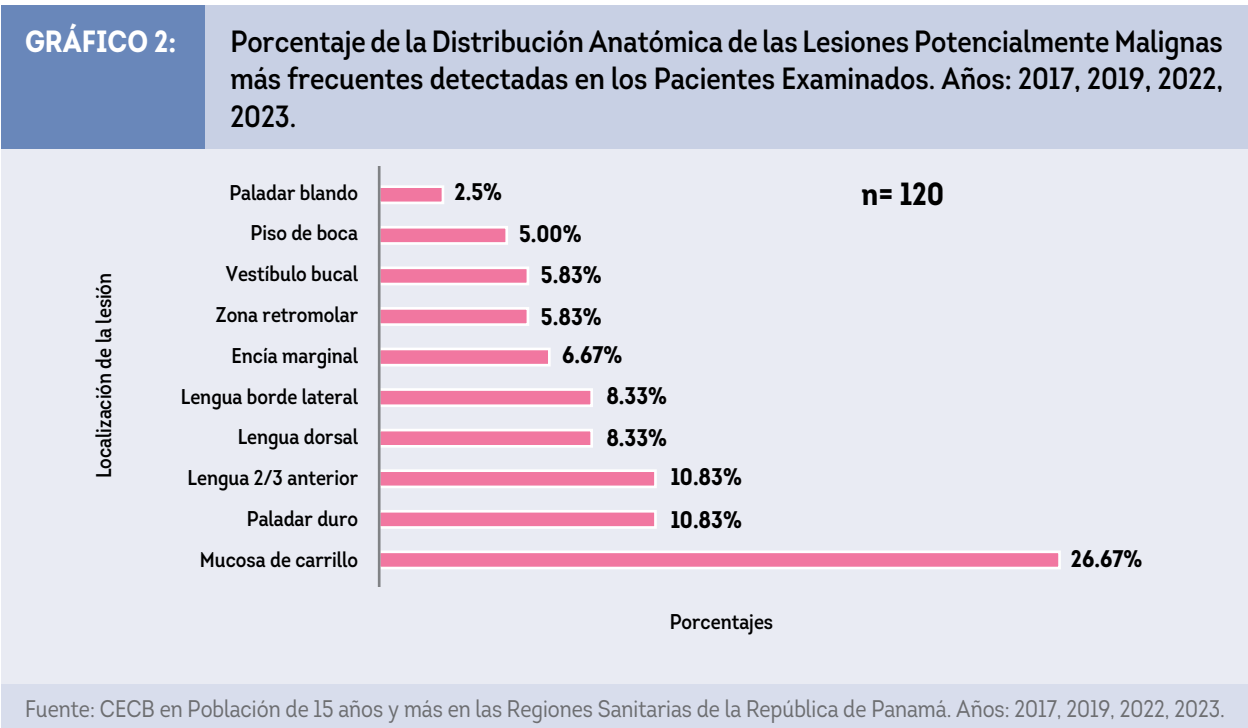
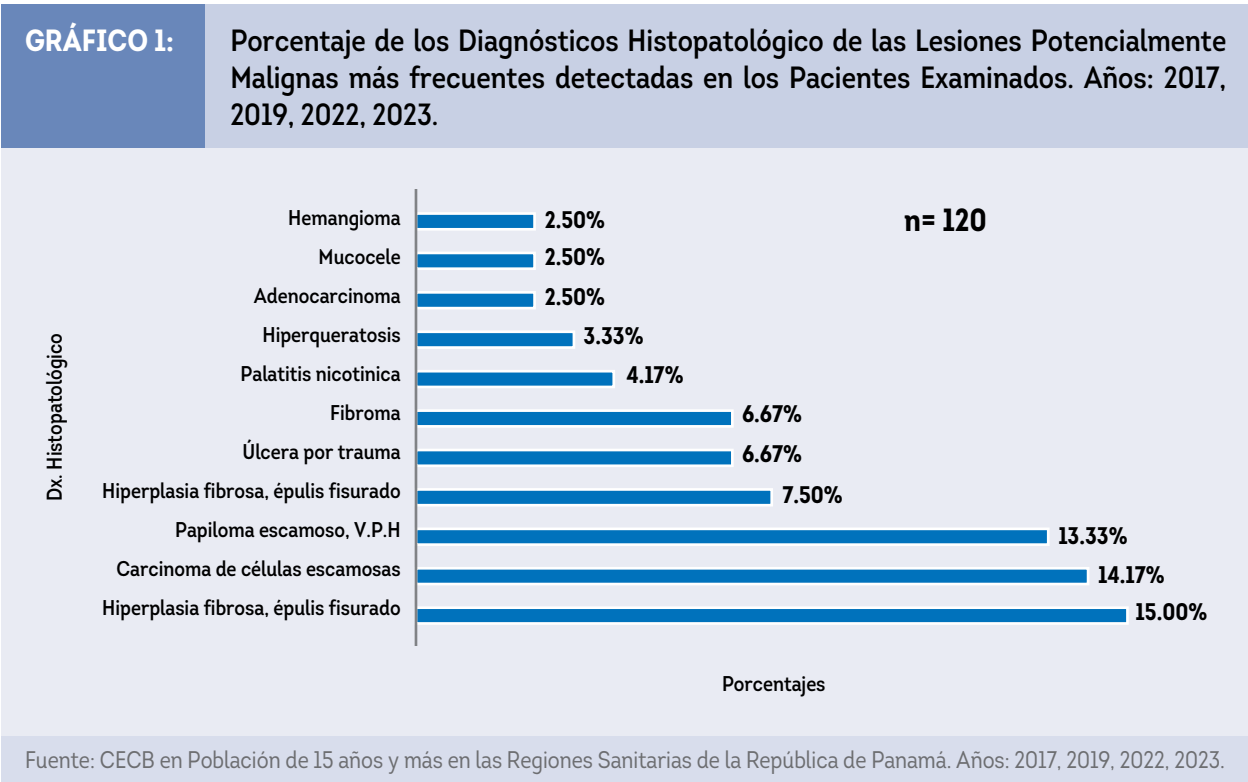
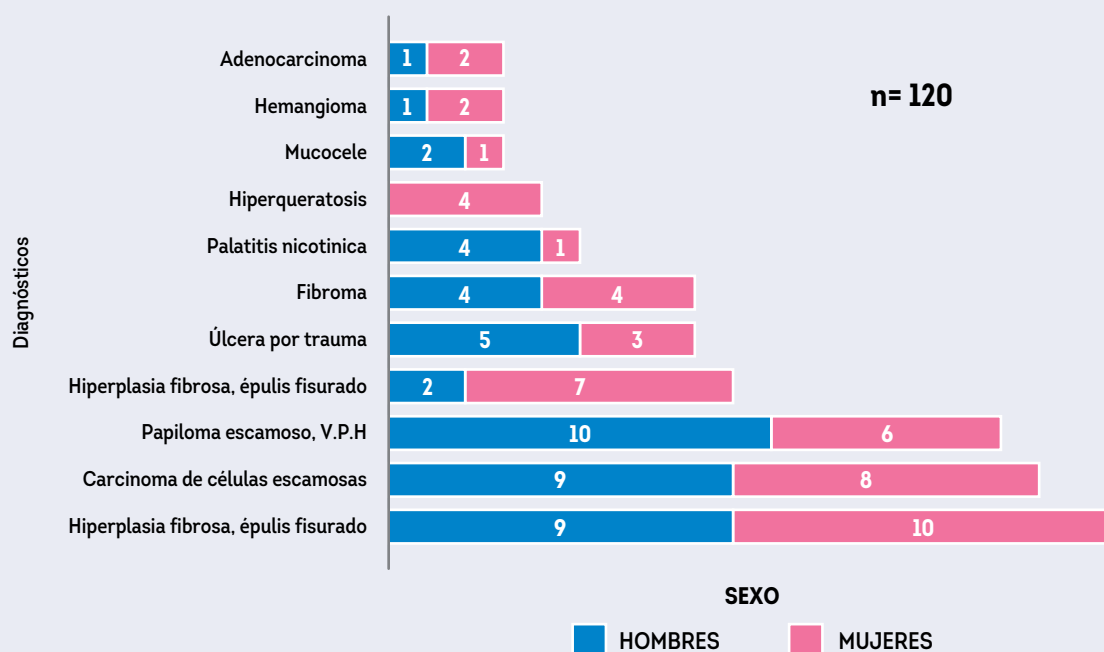


GRÁFICO 3:

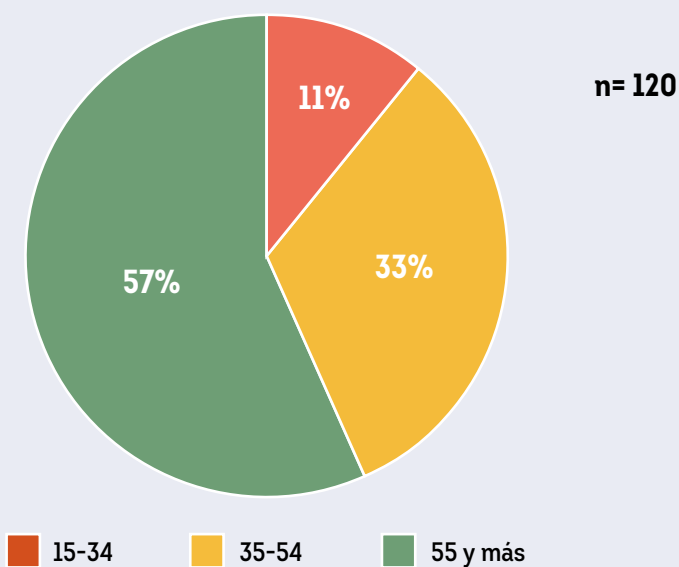
Diagnósticos Histopatológicos de las lesiones Potencialmente Malignas más frecuentes, según Sexo. Años 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

GRÁFICO 4:

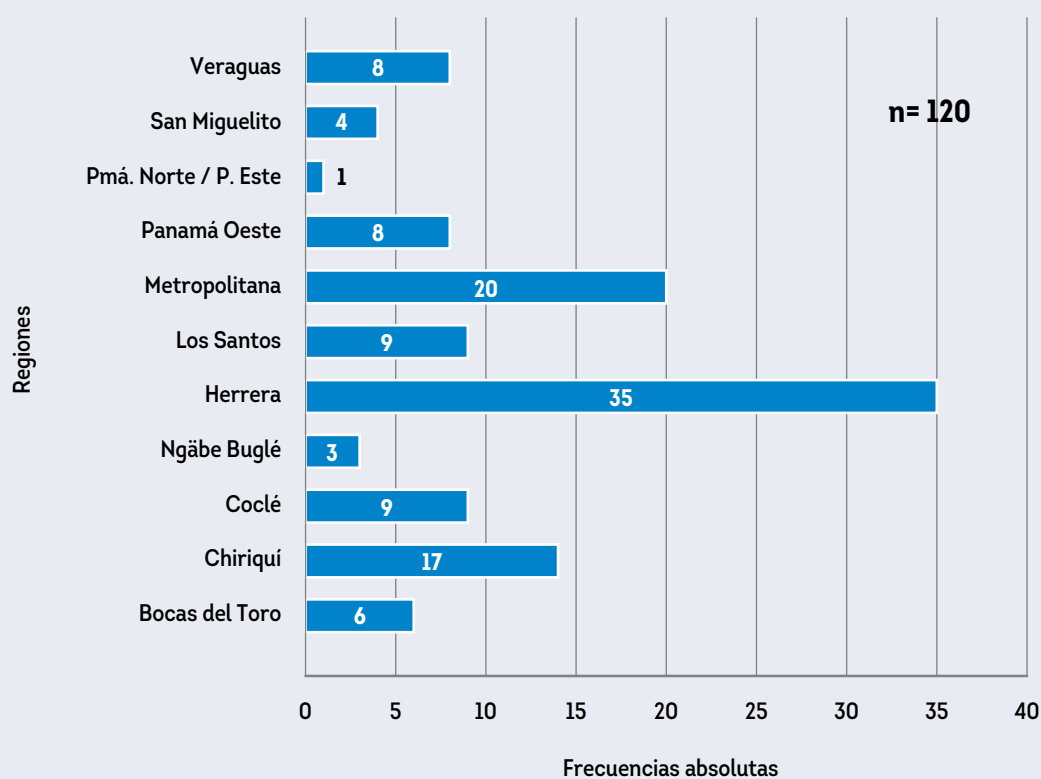
Porcentaje de las Lesiones Potencialmente Malignas, según grupo de edad. Años 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

GRÁFICO 5:

Número de Lesiones Potencialmente Malignas remitidas para Biopsias, según Región de Salud. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.



Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

TABLA 1: Pacientes que Fuman, con Lesiones Potencialmente Malignas por grupo de edad. Años: 2017, 2019, 2022, 2023. n=120

Grupo de edad/ Diagnóstico Histopatológico	Factor de riesgo / Consumo de tabaco					
	SI Fuma	SI (15 cig)	SI Masca Tabaco	SI Tabaco Invertido	SI Pipa	Total general
15-34	1					1
Fibroma	1					1
35-54	5					5
Hiperplasia epitelial, hiperqueratosis	2					2
Papiloma escamoso, V.P.H	1					1
Sialometaplasia necrotizante bucal	1					1
Hiperplasia fibrosa, épulis fisurado	1					1
55 y más	16	1	1	1	1	20
Carcinoma de células escamosas	3		1	1	1	6
Palatitis nicotínica	4				2	4
Papiloma escamoso, V.P.H	2				1	2
Fibroma	3					3
Hiperplasia fibrosa, épulis fisurado	1	1				2
Queratosis sin atipias, leucoqueratosis	1				1	2
Adenocarcinoma	1					1
Leucoplasia	1					1
Hiperplasia epitelial, hiperqueratosis	1					1
Total general	22	1	1	1	1	26

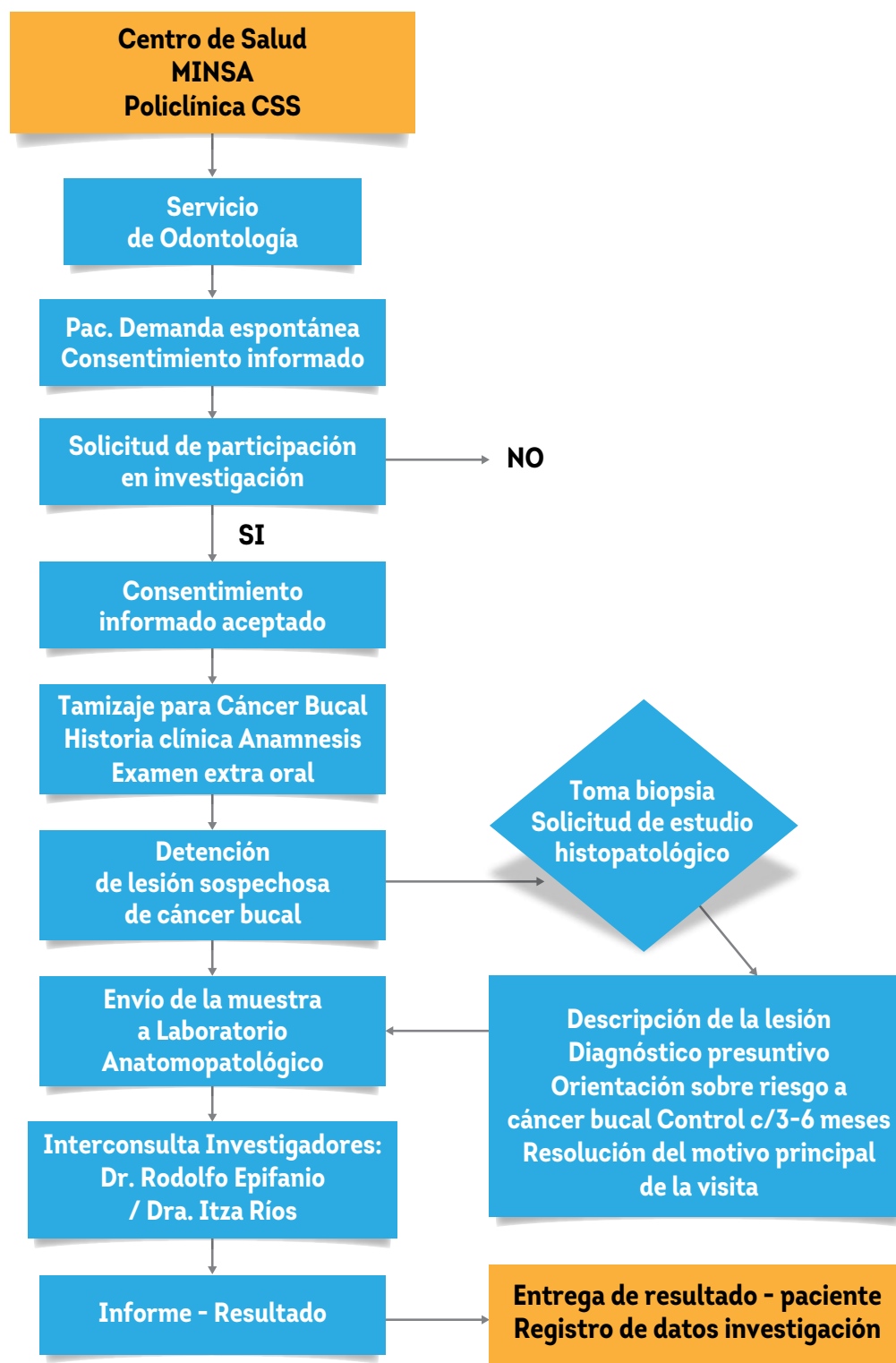
Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

TABLA 2: Pacientes que Beben, con Lesiones Potencialmente Malignas por grupo de edad. Años: 2017, 2019, 2022, 2023. n=120

Grupo de edad/ Diagnóstico Histopatológico	Factor de Riesgo / Años de Consumo de alcohol							Total general
	SI Bebe	SI 45 años	SI 5 años	SI 15 años	SI 20 años	SI 60 años	SI 42 años	
15-34	5							5
Hiperplasia epitelial, hiperqueratosis	1							1
Citología exfoliativa, flora cocoide	1							1
Papiloma escamoso, V.P.H	1							1
Fibroma	1							1
Hemangioma	1							1
35-54	11				1			12
Úlcera por trauma	3							3
Hiperplasia epitelial, hiperqueratosis	3							3
Carcinoma de células escamosas	1				1			2
Inflamación crónica severa	1							1
Papiloma escamoso, V.P.H	1							1
Argiriosis focal	1							1
Hiperplasia fibrosa, épolis fisurado	1							1
55 y más	7	1	1	1		1	1	12
Carcinoma de células escamosas		1	1			1	1	4
Hiperplasia epitelial, hiperqueratosis	2							2
Leucoplasia	1							1
Papiloma escamoso, V.P.H	1							1
Palatitis nicotínica	1							1
Adenocarcinoma								1
Dermis con edema	1			1				1
Hiperplasia epitelial, inflamación crónica, pólipo fibroepitelial	1							1
Total general	23	1	1	1	1	1	1	29

Fuente: CECB en Población de 15 años y más en las Regiones Sanitarias de la República de Panamá. Años: 2017, 2019, 2022, 2023.

ANEXO 6. Flujograma de Atención de los Participantes del Estudio.
Años: 2017-2023.



ANEXO 7: Listado de Examinadores por Región de Salud.

Examinadores del Proyecto Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal en la Región San Miguelito. Año: 2017		
Nombre	Instalación de Salud	MINSA / CSS
Alfredo Maximin	Centro de Salud de Cerro Batea	MINSA
Aminta Gálvez	Centro de Salud de Nuevo Veranillo	MINSA
Carlos Vásquez	Coordinador Regional	MINSA
Erik Angulo	Hospital San Miguel Arcángel (HISMA)	MINSA
Erika Díaz	Primer Ciclo Santa Librada	MINSA
Florido Rodríguez	Centro de Salud de Amelia D. de Icaza	MINSA
José Julio Alonso	Centro de Salud de Torrijos Carter	MINSA
Lastenia Delgado	Jefe Regional de Salud Bucal	MINSA
María de D'Croz	Centro de Salud de Cerro Batea	MINSA
María Isabel Garay	Centro de Salud de Nuevo Veranillo	MINSA
Maribel Vásquez	Centro de Salud de Tinajita	MINSA
Oris de Vásquez	Centro de Salud de Valle de Urracá	MINSA
Vilma Cerrud	Centro de Salud de San Isidro	MINSA
Moisés Ortega	Policlínica Lic. Manuel María Valdés	C.S.S.

Examinadores del Proyecto Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal en la Región de Panamá Oeste. Año: 2017		
Nombre	Instalación de Salud	MINSA / CSS
Denis Reyes	Hospital Nicolás A. Solano	MINSA
Yicelin Herrera	Centro de Salud de Magali Ruíz	MINSA
Adriana Espinal	Policlínica Dr. Blas Gómez Chetro	C.S.S.
Adriana Gálvez	Policlínica Dr. Blas Gómez Chetro	C.S.S.
Catherine Bolaño	Policlínica Dr. Santiago Barraza	C.S.S.
Erick Martínez	Policlínica Dr. Santiago Barraza	C.S.S.
Geovana Villa	Policlínica Dr. Santiago Barraza	C.S.S.
Jorge Estrada	Policlínica Dr. Santiago Barraza	C.S.S.
Keriannette Pérez	Policlínica Dr. Blas Gómez Chetro	C.S.S.
Mónica Rodríguez	Policlínica Dr. Blas Gómez Chetro	C.S.S.
Nadia Mendieta	Policlínica Dr. Santiago Barraza	C.S.S.
Natibel De León	Policlínica Dr. Santiago Barraza	C.S.S.
Viodelda Villalaz	Coordinador Regional	C.S.S.

Examinadores del Proyecto Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal en la Región de Los Santos. Año: 2019		
Nombre	Instalación de Salud	MINSA / CSS
Alfredo Pérez	Hospital Anita Moreno	MINSA
Alicia Vergara	Centro de Salud La Palma	MINSA
Amarelys Bernal	Centro de Salud de La Villa	MINSA
Ana Julia Benavidez	Centro de Salud Las Tablas	MINSA
Anayansi Correa	Centro de Salud Llano De Piedra	MINSA
Demetrio Dutari	Centro de Salud de Guararé	MINSA
Eduardo Moreno	Hospital Joaquín Pablo Franco Sayas	MINSA
Francisco Pinilla	Centro de Salud de Santa Ana	MINSA
Ingrid Pardo	Colegio Manuel María Tejada Roca	MINSA
Javier Díaz	Centro de Salud de Macaracas	MINSA
Jennifer Ramírez	Hospital Tonosí	MINSA
Jissel Luque	Centro de Salud Guayabal	MINSA
Leidy Delgado C. (qepd)	Centro de Salud de Santo Domingo	MINSA
Manuel Flores	Centro de Salud de Sabana Grande	MINSA
María del C. Cigarruista	Colegio IPTA	MINSA
Miriam Mora	Centro de Salud Valle Rico	MINSA
Ricardo Barrios	Centro de Salud de Pedasí	MINSA
Ricardo De La Rosa	Centro de Salud de Los Ángeles	MINSA
Yorba Arcia	Centro de Salud de La Espigadilla	MINSA
Andrés Champsour	ULAPS de Tonosí	CSS
Celestina Castro	Policlínica Miguel Cárdenas	CSS
Zulmerice Villarreal	ULAPS Villa de Los Santos	CSS

**Examinadores del Proyecto Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal
en la Región de Veracruz. Año: 2019**

Nombre	Instalación de Salud	MINSA / CSS
Ana María Medina	Centro de Salud Las Palmas	MINSA
Cecibel Ruíz	Centro de Salud Santiago	MINSA
Enrique Edwards P.	Penitenciaria	MINSA
Expedita Vega	Centro de Salud Los Ruices	MINSA
Fátima Castellero	Centro de Salud Río de Jesús	MINSA
Giancarlos Paz	Centro de Salud Mariato	MINSA
Italia Agudo	Centro de Salud Atalaya	MINSA
Itzel Vernaza	Centro de Salud La Peña	MINSA
Jason Higinio	Minsa Capsi El Tigre	MINSA
Jorge González	Centro de Salud Cañazas	MINSA
Judith Julio	Centro de Salud La Mesa	MINSA
Julissa Reyes	Hospital Luis Chicho Fábrega	MINSA
Linda Tejada	Centro de Salud Montijo	MINSA
Lizneth Díaz	Centro de Salud Calobre	MINSA
Luis Álvarez	Centro de Salud San Francisco	MINSA
Marlen Testa	Centro de Salud Canto del Llano	MINSA
Marlene González	Minsa Capsi La Mata	MINSA
Marta Vásquez	Centro de Salud Guarumal	MINSA
Yajairy Rudas	Centro de Salud Ponuga	MINSA
Yelenna Ramos	Centro de Salud Santa Fé	MINSA
Guillermo Andrade	Capps de Zapotillo	CSS
Luis Domínguez	Policlínica Horacio Díaz Gómez	CSS

Examinadores del Proyecto Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal en la Región de Coclé. Año: 2019		
Nombre	Instalación de Salud	MINSA / CSS
Acni Henríquez	Centro de Salud Toabré	MINSA
Aleyda Tejeira	Centro de Salud Penonomé	MINSA
Angeli Lara	Centro de Salud Olá	MINSA
Diana Guevara	Centro de Salud El Cristo	MINSA
Digna Jaén	Centro de Salud Río Hato	MINSA
Elia Valdés	Centro de Salud Pocrí	MINSA
Glorisabel Ortega	Centro de Salud Caimito	MINSA
Gretel Bernal	C.M.I. El Valle	MINSA
Itza De Penagos	Centro de Salud Pozo Azul	MINSA
Janina Yee	Centro de Salud Santa Rita	MINSA
Jeannette Hines	Centro de Salud Chiguirí Arriba	MINSA
Liliana Ramos	Centro de Salud La Loma	MINSA
Mabel Ávila	Centro de Salud El Copé	MINSA
María Esparza	Centro de Salud Jaguito	MINSA
Marixenia Tuñón	C.M.I. La Pintada	MINSA
Mirna Ruiz	C.M.I. La Antón	MINSA
Nequelda Magallón	C.S. Coclesito	MINSA
Inocencio Martínez	Policlínica de Penonomé	CSS
José Arango	Policlínica de Aguadulce	CSS
Ronith Maldonado	Policlínica de Natá	CSS

**Examinadores del Proyecto Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal
en la Región Herrera Año: 2019**

Nombre	Instalación de Salud	MINSA / CSS
Ana Isabel De León	Centro de Salud de Llano Bonito	MINSA
Dafne Rodríguez	Centro de Salud de Las Cabras	MINSA
Dhanji Ocaña	Centro de Salud de Chepo	MINSA
Isis Arroyo	Centro de Salud Los Llanos	MINSA
Itzi G. de Huerta	Centro de Salud de La Arena	MINSA
Julio M. Rodríguez	Centro de Salud Los Pozos	MINSA
Kerlys Samaniego	Centro de Salud de Chitré	MINSA
Leslie Tello	Centro de Salud de Monagrillo	MINSA
Lucas De Gracia	Coordinador Regional	MINSA
Lucas Gómez	Centro de Salud de Chupampa	MINSA
Maika Quezada	Centro de Salud Santa María	MINSA
Marta Corro	Hospital Cecilio Castellero	MINSA
Rodrigo Rodríguez	Centro de Salud de Parita	MINSA
Rosa Sánchez	MINSA CAPSI de Pesé	MINSA
Yesenia De La Cruz	MINSA CAPSI de Ocú	MINSA
Felisa Castillo	Policlínica Roberto Ramírez de Diego	CSS
María Echevers	CAPP de Santa María	CSS
Maribí Espino	Capps de los Pozos	CSS

Examinadores del Proyecto Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal en la Región de Colón. Año: 2022		
Nombre	Instalación de Salud	MINSA / CSS
Aliz Zapateiro	Centro de Salud de Palmas Bellas	MINSA
Armando Hoyos	Centro de Salud Sardinilla	MINSA
Francisco Abrego	Centro de Salud de Escobal	MINSA
Rogelio Cox	Policentro Antonio Núñez	MINSA
Yara Niño	Centro de Salud Buena Vista	MINSA
Yilitza Tamayo	Coordinadora Regional	MINSA
Karina Vásquez	Policlínica Nuevo San Juan	CSS
Yolanda Pinzón	Policlínica Hugo Spadafora	CSS

Examinadores del Proyecto Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal en la Región Panamá Norte. Año: 2022		
Nombre	Instalación de Salud	MINSA / CSS
Juan Batista	Centro de Salud de Chilibre	MINSA
Roberto García	Coordinador Regional	MINSA
Ruth Montenegro	Centro de Salud de Agua Buena	MINSA
Samira Far	Centro de Salud de Alcalde Díaz	MINSA
Carlos Donado	ULAPS, Edilberto Culiolis	CSS

Examinadores del Proyecto Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal en la Región Panamá Este. Año: 2022.		
Nombre	Instalación de Salud	MINSA / CSS
Lourdes Quijada	Centro de Salud de Pacora	MINSA
Omar Chávez	Centro de Salud de Pacora	MINSA
Vielka Olechea (qepd)	Centro de Salud de Pacora	MINSA
Yamileth Sánchez	Hospital Regional de Chepo	CSS

**Examinadores del Proyecto Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal
en la Región Bocas del Toro. Año: 2023.**

Nombre	Instalación de Salud	MINSA / CSS
Daryl Padmore D.	Centro de Salud de La Mesa	MINSA
Daryl Padmore S.	Centro de Salud Caby Rodríguez	MINSA
Héctor Gómez	Centro de Salud Antonio Preciado	MINSA
Magda Ojeda	C.M.I. Sandra Hernández	MINSA
Roberto Araúz	Centro de Salud Chiriquí Grande	MINSA
Zuny Zhong	MINSA Capsi Finca 30	MINSA
Alvin Wong	Hospital Almirante	CSS
Betsy Cárdenas	Hospital Chiriquí Grande	CSS
Ismael Montero	Hospital Dr. Raúl Dávila	CSS
Keila Sánchez	Hospital de Changuinola	CSS
Layda Cedeño	Hospital de Changuinola	CSS
Nadezhda Modelo	Policlínica de Guabito	CSS

**Examinadores del Proyecto Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal
en la Comarca Ngäbe Buglé. Año: 2023**

Nombre	Instalación de Salud	MINSA / CSS
Liliana Santamaría	Centro de Salud Quebrada Hacha	MINSA
Araiz Cajar	Centro de Salud Llano Ñopo	MINSA
Virginia Belinda Valdéz	Centro de Salud Cerro Iglesia	MINSA
Carlos Fanilla	Centro de Salud Buenos Aires	MINSA
Ana Belén Rodríguez	Centro de Salud El Bale	MINSA
Marlene Sanmartín	Centro de Salud Soloy	MINSA
Abdi Rivera	Centro de Salud Alto Caballero	MINSA
Edgar Pimentel	Centro de Salud Chami	MINSA
Jorge Correa Romero	Centro de Salud Quebrada Loro	MINSA
Mayuli Morales	Centro de Salud Hato July	MINSA

Examinadores del Proyecto Características Epidemiológicas del Cáncer Bucal en la Región de Chiriquí.		
Nombre	Instalación de Salud	MINSA / CSS
Alicia Morales	Centro de Salud de San Mateo	MINSA
Cristina Martínez	Centro de Salud de San Cristóbal	MINSA
Patricia Flores	Centro de Salud de Barrio Bolívar	MINSA
Ileana Guerra	Centro de Salud de Las Lomas	MINSA
María Fernanda Cuestas	P/C Barriada San José	MINSA
Judith Montiel	Centro de Salud de Alanje	MINSA
Evangelina Rodríguez	Centro de Salud de Boquerón	MINSA
Alexander Pérez	Centro de Salud de Tolé	MINSA
Rafael Tapia	Centro de Salud Río Sereno	MINSA
Juvencio Barria	MINSA/CAPSI Volcán	MINSA
Ashly Joiner	MINSA/CAPSI Dolega	MINSA
Mariam Morales	Centro de Salud de Boquete	MINSA
Jorlenis García	Centro de Salud Progreso	MINSA
Emelin Martínez	Centro de Salud La Estrella	MINSA
Zelideth Gómez	Centro de Salud de Aserrio	MINSA
María Isabel Rojas	Centro de Salud de Santo Domingo	MINSA
Numalo Scott	Centro de Salud de Gualaca	MINSA
Ángel Aragón	Hospital Dionisio Arrocha	CSS
Nadia Castillo	Policlínica de Divalá	CSS
Fariza Ayarza	Policlínica Ernesto Pérez Balladares	CSS
Nilva Wong	Policlínica Gustavo Ross	CSS
Mirna Escalona	Policlínica Gustavo Ross	CSS
Fátima Samudio	Policlínica Pablo Espinoza	CSS
José Torres	Policlínica Pablo Espinoza	CSS
Ben Hur Sinclair	ULAPS de Volcán	CSS

ISBN 978-9962-699-58-3



9 789962 699583