

**PROPUESTA E INDUCCIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER BUCAL EN EL SERVICIO DE CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNIVERSIDAD
CENTRAL DE VENEZUELA, 2007-2015**

**Trabajo de Investigación presentado para optar al Escalafón de:
Agregado.**

**Prof. Romy Casbarro Arriaga, Cátedra de Clínica Estomatológica.
Facultad de Odontología.**

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

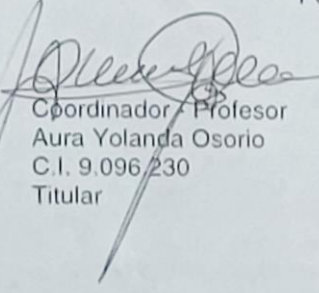
ACTA

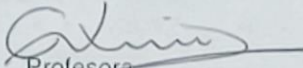
Quienes suscriben, Profesores **Aura Yolanda Osorio** C.I.Nº 9.096.230, **Eva Nuñez Corbeira** C.I.Nº 9.966.862, miembros del Jurado designado por el Consejo de la Facultad de Odontología y por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la Universidad Central de Venezuela, el Prof. **Alven Jesus Arreaza Indriago** C.I.Nº 11.004.471, para examinar el trabajo de Ascenso presentado por la Profa. **Romy Casbarro Arriaga** C.I. Nº,9.680.081 bajo el Título "**PROPUESTA E INDUCCIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER BUCAL EN EL SERVICIO DE CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.**", a los fines de su ascenso en el escalafón docente universitario a la categoría de **Agregado**, dejan constancia de lo siguiente:

1. Leído como fue dicho Trabajo por cada uno de los miembros del Jurado, se fijó el día 19 de Octubre del 2016, a las 08:00 am. horas para que el autor lo defendiera en forma pública, lo que este hizo en la Sala de Sesiones piso 05 de la Facultad de Odontología, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió a las preguntas que le fueron formuladas, todo ello conforme a lo dispuesto en el Artículo 94 del Reglamento del Personal Docente y de Investigación de la Universidad Central de Venezuela.
2. Finalizada la defensa del Trabajo de Ascenso, el Jurado decidió por **UNANIMIDAD**, de acuerdo al Artículo 95 del Reglamento citado, el **ADMITIRLO**, por considerar sin hacerse solidario de las ideas expuestas por el autor, que se trata de un trabajo personal que significa un aporte a la materia por cuanto Permite al Servicio de Estomatológica de la Facultad de Odontología una mejor planificación de Diagnostico Y Tratamiento de las Lesiones Cancerígenas que son referidas a dicho servicio todo de conformidad a lo pautado en los Artículos 75 y siguientes del Reglamento del Personal Docente y de Investigación de la Universidad Central de Venezuela.
3. De conformidad al Artículo 97 del mismo Reglamento el Jurado Por **UNANIMIDAD**, acordó otorgar **Mención Publicación del Trabajo de Ascenso**.

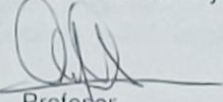
En fe de lo cual se levanta la presente Acta, en Caracas a los diecinueve días del mes de Octubre de dos mil dieciséis, dejándose también constancia de que conforme al Artículo 91 del Reglamento citado, que actuó como Coordinadora del Jurado la profesora **Aura Yolanda Osorio**,

Por el Consejo de la Facultad


Coordinador / Profesor
Aura Yolanda Osorio
C.I. 9.096.230
Titular


Profesora
Eva Núñez Corbeira
C.I. 9.966.862
Agregado

Por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico


Profesor
Alven Jesús Arreaza Indriago
C.I. 11.004.471
Asociado

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA	
FACULTA DE ODONTOLOGIA	
CONSEJO DE FACULTAD	
SESION	<u>25-10-2016</u>
DECISION	<u>Aprobado</u>

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN

2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1.- Justificación de la Investigación

3.2.- Formulación del Problema

4.- OBJETIVO GENERAL

5.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.- METODOLOGÍA

7.- VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

8.- FUNDAMENTOS TEÓRCIOS Y REFERENCIALES

8.1.- Antecedentes de la Investigación

8.2.- Cáncer. Definición

8.3.- Cáncer de Cabeza y Cuello

8.4.- Cáncer Bucal

8.4.1.- Características Clínicas del Cáncer Bucal

8.4.2.- Tratamiento del Cáncer Bucal

9.- VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES

10.- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

10.1.- Concepto de Vigilancia Epidemiológica

10.2.- Objetivos de la Vigilancia Epidemiológica

10.3.- Características del Sistema de Vigilancia Epidemiológica

10.4.- Actividades del Sistema de Vigilancia Epidemiológica

10.5.- Niveles del Sistema de Vigilancia Epidemiológica

10.6.- Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica

11.- OPERACIONALIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS

11.1.- Reporte de los pacientes diagnosticados con Cáncer Bucal desde enero de 2007 hasta diciembre de 2015

11.2.- Análisis de las variables

11.3.- Conclusiones y Recomendaciones

12.- ANÁLISIS DE LAS VARIABLES

13.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

14.- ANEXOS

16.- MARCO REFERENCIAL

1.- INTRODUCCIÓN.

El servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, es centro de referencia nacional de pacientes que presentan lesiones bucales, peribucales, y condiciones sistémicas que repercuten en la cavidad bucal o sus anexos.

La apropiada recolección y registro de datos clínicos es el punto de partida para iniciar Sistemas de Vigilancia Epidemiológica (SVE) de las distintas enfermedades que son tratadas en el Servicio, por lo que cobra importancia la formalización de la recolección de datos.

La Vigilancia Epidemiológica (VE) se define como “La recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud en la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones, y al mismo tiempo, ser utilizada para su difusión” (1).

Para establecer Sistemas de Vigilancia Epidemiológica (SVE) se requiere de un método de registro de datos, adecuado a las características propias del servicio clínico, que garantice ser pertinente, repetible, de fácil utilización, y que haga posible la observación y agrupación de casos, con fines analíticos.

Sin desestimar el registro manual, y en concordancia con el momento tecnológico vigente, se hace obligatorio digitalizar los datos de la evolución y desenlace de las enfermedades. La sistematización de datos marca una gran diferencia en la eficiencia administrativa, y simplifica la investigación. La organización administrativa del servicio clínico constituye un deber científico y forma parte de la misión de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela (UCV).

El Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV, trabaja multidisciplinariamente con otras especialidades odontológicas, médicas y de laboratorio, para asegurar que los pacientes obtendrán de cada área la asistencia más eficaz para tratar su caso. En este servicio se reciben con frecuencia pacientes que presentan varias entidades concomitantes, o padecen enfermedades que suponen una alta morbilidad y mortalidad.

Con respecto a las enfermedades malignas, una apropiada Vigilancia Epidemiológica se hace aún más relevante. La enfermedad maligna que afecta con más frecuencia a la cavidad bucal es el Carcinoma de Células Escamosas, (CCE), representando un 95% de todas las enfermedades malignas de la boca. La Asociación Americana del Cáncer (America's Cancer Society) estimó que para el 2014 aproximadamente 37.000 individuos presentarían cáncer bucal u orofaríngeo, y que 7.300 de estos individuos morirían a causa de la enfermedad ese año (2). Estas aproximaciones en cuanto al desenlace de la enfermedad no pueden ser aplicadas a nuestra población, pues las predicciones de los otros países se basan en la idiosincrasia y tipo de vida de los individuos, y en la posibilidad que tienen los pacientes de iniciar tratamiento dentro de los 30 días posteriores al diagnóstico, hecho que es totalmente distinto en Venezuela, donde el acceso a los tratamientos contra el Cáncer bucal son muy difíciles, y en general los pacientes pasan un período mayor al que reportan otros países desarrollados desde la fase quirúrgica hasta el inicio de la terapia quimio o radiante, además de que en Venezuela no hay un registro epidemiológico formal de Cáncer Bucal.

Conforme a lo solicitado por la Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA64.11, la Secretaría ha elaborado un proyecto de plan de acción para el periodo 2013-2020. El objetivo es poner en práctica los compromisos de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT). El proyecto de plan de acción aporta una hoja de ruta para que la comunidad global pueda actuar de forma coordinada y coherente. Es un medio para poner en práctica el marco mundial de vigilancia para

alcanzar las 9 metas mundiales de aplicación voluntaria, en particular la referida a la mortalidad prematura, consistente en lograr para 2025 una reducción relativa de un 25% de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, **Cáncer**, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas (41).

El Cáncer bucal representa un gran problema de salud, que se evidencia en las bajas tasas de supervivencia y los defectos funcionales y cosméticos que acompañan tanto a la entidad *per sé* como a los tratamientos.

El oportuno registro y control clínico de las enfermedades malignas de cavidad bucal, y el reporte periódico de los datos epidemiológicos, ayuda a describir nuestra realidad, para establecer protocolos de tratamiento, organizar equipos de trabajo interdisciplinario, reportar tendencias clínicas, diagnósticas, pronósticas y de tratamiento, establecer la conducta institucional con respecto al Cáncer bucal, contribuir con la investigación y la docencia acerca de esta enfermedad, y administrar de la mejor manera los recursos disponibles, garantizando así la conveniencia en el tratamiento de los pacientes dentro del marco de la realidad venezolana.

Éste trabajo expone la recolección y análisis de los casos clínicos de pacientes que acudieron al Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de odontología de la UCV, desde enero de 2007 a diciembre de 2015, diagnosticados con Cáncer bucal. Con ésta muestra quedaron evidenciadas las principales fortalezas y fallas del habitual método de recolección, y se inició el proceso de digitalización de datos para proponer un Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) del Cáncer bucal, y ubicar así al Servicio de Medicina Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV en la Categoría de Unidad Local del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nacional, que se desea fomentar.

Sirva éste documento para impulsar la productividad científica, clínica y epidemiológica, y las actividades de gerencia diaria entre los docentes de la Cátedra, para divulgar eficazmente el conocimiento científico, y para favorecer

la formalización de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Bucal en Venezuela.

2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente investigación, se basa en el cumplimiento de objetivos, por lo tanto, se clasifica como una investigación de naturaleza exploratoria. No se intentan explicar las causas de un fenómeno, sino obtener información acerca de las características que definen el fenómeno estudiado, así como sus posibles interrelaciones con otros fenómenos (3). En este caso el fenómeno a estudiar es la clasificación de datos del Servicio de Medicina Estomatológica de la facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, haciendo énfasis en los pacientes con enfermedades malignas, lo que nos permitirá observar más fácilmente sus características, y de qué manera cada variable obtenida se relaciona con otras variables u otros fenómenos clínicos, o epidemiológicos, con el fin de plantear una posible relación hipotética entre dos o más de las variables observadas, lo cual supondría otras investigaciones, a fin de comprobarla, erigiendo así una fuente para otros trabajos de investigación (3).

Refiriéndonos al nivel (alcance y nivel de profundidad del estudio) y no a la naturaleza, y aunque la diferencia entre el nivel exploratorio y descriptivo de una investigación es muy sutil, se clasifica este trabajo como una investigación de nivel exploratorio, desde el punto de vista de que se desea indagar acerca de una realidad poco estudiada (El sistema de recolección de datos y el seguimiento de los pacientes con enfermedades malignas que acuden al Servicio de Clínica Estomatológica), por lo que, para familiarizarse con el objeto de estudio se debe realizar una exploración del mismo, mediante un acercamiento que permita constatar sus características generales y constitutivas (3).

En esta investigación el “acercamiento” lleva implícito la descripción del objeto de estudio, sin especificar hipótesis acerca de las características descritas, sino determinando la frecuencia con que se presentan ciertos fenómenos (En este caso las patologías malignas), la manera de abordarlos (El sistema de registro y seguimiento de los pacientes con patologías malignas), y los factores con los que éstos pudieran relacionarse (4). Se pretende un entendimiento del fenómeno estudiado, en el contexto del estudio, observando y describiendo sin intervenir la situación analizada (5). Por lo tanto, desde la óptica del nivel, se puede establecer en este caso que el estudio es tanto exploratorio como descriptivo, para formular de manera más precisa el problema, y por supuesto, darle solución.

El diseño de la investigación, que se define como “La estrategia general que adopta el investigador para responder el problema planteado” (6), toma en cuenta el ambiente y el contexto en el que se realiza el trabajo. Esta investigación por lo tanto es una investigación de campo, pues se recolectan los datos directamente de los sujetos de investigación o de la realidad donde ocurren los hechos (Datos primarios), sin manipular o controlar variable alguna, es decir que se obtiene la información, pero no se alteran las condiciones existentes. Los estudios de campo permiten indagar *in situ* los efectos de la observación de distintas variables, así como su posible interrelación. En este tipo de estudio el investigador no tiene como objetivo el manipular las variables como en las investigaciones de laboratorio o en los experimentos, sino observar y describir las variables en el ambiente donde se (3).

En esta investigación se llevará a cabo un estudio de casos, basado en el análisis de las Historias Clínicas disponibles y en los pacientes diagnosticados con enfermedades malignas de cavidad bucal, el contexto es el Servicio de Clínica Estomatológica, y la situación a analizar es el sistema de registro y control de pacientes, la elaboración de historias clínicas del servicio,

el método de seguimiento cronológico de los pacientes (con énfasis en aquellos que acuden a consulta presentando entidades malignas) y no se pretende, por lo menos en este reporte, comparar entre sí las variables analizadas, sino describirlas en el propio contexto donde se producen, para realizar sugerencias luego de culminado el análisis.

Dentro de las clasificaciones de la investigación de campo, este estudio se clasifica como **extensivo**, ya que estudia los casos de una población completa (todos los pacientes que acuden al servicio de Clínica Estomatológica), y/o a través de muestras (la muestra es representada por los pacientes diagnosticados con entidades malignas entre enero de 2007 y diciembre de 2015).

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

3.1.- Justificación de la Investigación.

El servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela (UCV) es centro de referencia nacional donde docentes, estudiantes de pre-grado y residentes de todos los post-grados, especialmente los de la Maestría en Medicina Estomatológica, participan en la resolución de casos de pacientes que presentan enfermedades de la boca y sus anexos, o enfermedades sistémicas que se manifiestan o repercuten en cavidad bucal. Esta característica hace suponer que la cantidad y variedad de pacientes atendidos es numerosa, y que, por tratarse de entidades patológicas, es razonable asentar cada caso para hacer posible el seguimiento evolutivo de los pacientes, levantamientos epidemiológicos, trabajos de investigación, el reporte y difusión de datos importantes como incidencia, prevalencia, aparición de nuevos casos, factores predisponentes o desencadenantes, y en general, la descripción del comportamiento clínico del cáncer bucal en el entorno real venezolano. Este Servicio, pertenece a su vez a la Escuela de Odontología de la UCV, y lleva a cabo funciones clínicas, docentes, asistenciales y de investigación acordes con el organigrama de la Facultad donde se plantean la visión y misión institucionales, y cuyo engranaje con el resto de los Servicios y Cátedras consiste en el ejercicio multidisciplinario.

Hasta ahora, la anotación de los casos se ha realizado manualmente, sin que se haya establecido un protocolo de registro de datos obligatorio desde el punto de vista institucional, lo que ha causado un sub-registro de casos, y falta de organización y respaldo de los datos. De esto se deriva que el reporte epidemiológico de las enfermedades malignas a nivel local, sea inviable, y con poca veracidad clínica y cronológica.

Aunque las metas clínicas, asistenciales y docentes se cumplen, hace falta digitalizar y ordenar las historias, y formalizar un sistema de recolección de datos según la naturaleza de las enfermedades, para que se cumpla también el deber epidemiológico de notificar los casos de enfermedades no transmisibles, y disponer de un registro fiable.

La digitalización y organización de datos del Servicio dará lugar a la creación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE), en su estrato más elemental que es la unidad local. Institucionalmente hablando, este sistema le aporta credibilidad y probidad a las actividades del Servicio, pues los reportes que se deriven de esta organización, proyectarán a la institución hacia otros entes de salud, promoviendo la instauración de un SVE local para cada centro de referencia (Por ejemplo los Servicios de Oncología de otras instituciones).

Iniciar un Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) local del Cáncer bucal alineará institucionalmente los objetivos docentes y clínicos del servicio de Medicina Bucal con el plan de acción propuesto por la OMS en 2010 con miras a reducir la morbilidad y mortalidad causada por las enfermedades no transmisibles como meta propuesta para el 2025 (41).

Iniciar un SVE es poco costoso y fácil de desarrollar por cada uno de los participantes del Servicio de Clínica Estomatológica, pues sólo requiere que los datos sean introducidos en el archivo digital de una computadora, además de anotarse en el cuaderno y en las historias clínicas que cada estudiante o residente completen. A diferencia de los archivos manuales, el conteo y observación digital de variables, funciona de manera casi automática para totalizar estadísticas o para iniciar investigaciones clínico-epidemiológicas. También es útil para evaluar con regularidad el rendimiento del Servicio.

A efecto de reportes o trabajos de investigación, el conteo digital es mucho más rápido y confiable que el conteo manual de los datos, además de que no existe la desventaja de ilegibilidad de la letra del operador, o pérdida de los cuadernos e historias donde se llevan los registros manuales.

En el caso de las entidades malignas de la cavidad bucal, aunque no son catalogadas como de notificación obligatoria en el sentido de que no se trata de entidades que suponen riesgo de contagio, constituyen un problema de salud a nivel mundial. En Venezuela no existen datos confiables acerca de la prevalencia e incidencia de enfermedades malignas bucales, por lo que los procesos de prevención y tratamiento se llevan a cabo guiados por protocolos basados en reportes de otros países, por aproximación. Si se dispone de un Servicio de referencia nacional de enfermedades bucales, como es el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV, a cargo de personal altamente calificado para reconocer precozmente cualquier cambio sugerente de malignidad, se infiere obligatorio el acto de registrar y establecer un sistema de notificación adecuado de estas condiciones.

La morbi-mortalidad del cáncer bucal exige aún más el dirigir adecuadamente una observación de cada paciente desde que se establece el diagnóstico, continuando con la evolución de la enfermedad etapa por etapa, y garantizando que cualquier dato requerido por otro especialista o Servicio estará disponible para beneficio del paciente, en cualquier momento, así hayan transcurrido años desde el momento del diagnóstico, e independientemente del docente, residente de la Maestría o estudiante que haya seguido la evolución del caso. Institucionalmente el paciente pasaría a estar realmente bajo responsabilidad y amparo del Servicio y no de un residente o de un docente en particular. Esta organización puede otorgar más calidad de vida, posibilidades de supervivencia y calidad de tratamiento al paciente.

Se espera que el paciente que padece de Carcinoma de Células Escamosas de la cavidad bucal y en general de cualquier enfermedad maligna tenga una sobrevida superior a los 5 años luego de haber culminado el tratamiento inicial, pero es necesario seguir cuidadosamente su evolución clínica, observando y registrando los detalles incluso fotográficamente, para tener evidencias que comparar en el tiempo, y evaluar la posibilidad de intervenir ante la menor sospecha de recidiva, presencia de un segundo tumor, sospecha de metástasis o simplemente para disponer de todos los datos del paciente si algún otro profesional del equipo multidisciplinario lo requiere.

3.2.- Formulación del problema:

En términos generales, problema es un asunto que requiere solución. En términos de investigación, un problema es una pregunta, interrogante o enunciado sobre algo cuya solución se deriva del nuevo conocimiento producido por la investigación (6). En este caso el problema busca dictar pauta entre lo “que es” y lo que “debe ser”, aportando datos, información y análisis de la situación para que se establezcan conductas institucionales.

En tal sentido, Este estudio pretende demostrar el estado de obsolescencia del sistema de recolección de datos actual, y direccionar el registro manual de datos hacia el establecimiento de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica formal, bien sustentado, con respecto a las enfermedades malignas de cavidad bucal, que sirva como piloto para el reporte cabal de cada grupo de enfermedades, basado en las Historias Clínicas disponibles y los pacientes diagnosticados desde enero de 2007 hasta diciembre de 2015, en el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

4.- OBJETIVO GENERAL

Fundamentar y desarrollar un Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Bucal en el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, a partir de los casos clínicos y el registro manual disponible desde diciembre de 2007 hasta enero de 2015, formalizando así el proceso de notificación epidemiológica en el primer nivel (Nivel local), en concordancia con el plan de acción para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles propuesto por la OMS (41).

5.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.1.- Organizar la digitalización de datos de los pacientes diagnosticados con enfermedades malignas en un archivo Excel, basándose en el registro manual diario del Servicio y en las historias clínicas disponibles, desde enero de 2007 hasta diciembre de 2015.

5.2.- Conceptuar y categorizar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica apropiado para ejecutar el registro, seguimiento y reporte de enfermedades malignas en el servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV

5.3.- Caracterizar las variables analizadas para realizar futuros estudios analíticos y/o con desarrollo de hipótesis

5.4.- Establecer un instrumento de recolección de datos específico para el seguimiento cronológico de pacientes que presenten enfermedades malignas de cavidad bucal

6.- METODOLOGÍA

Como se trata de un estudio de nivel tanto exploratorio como descriptivo, basado en el cumplimiento de objetivos, que requiere el análisis de una situación para el establecimiento de medidas, se procederá a ordenar las historias clínicas disponibles desde enero de 2007 (que es el año a partir del cual se encuentran disponibles los cuadernos del registro manual completos) hasta diciembre de 2015, correspondientes al Servicio de Clínica Estomatológica de la Universidad Central de Venezuela.

Cabe destacar que el reporte epidemiológico de las enfermedades malignas suele hacerse por quinquenios (cada 5 años), calculados en base a la expectativa de supervivencia luego de haber culminado el protocolo terapéutico, por lo cual se decidió esperar a culminar el año 2015 para entregar este informe y presentar el diseño de SVE propuesto en la investigación.

El análisis de la situación estudiada, correrá cronológicamente de la mano con la operacionalización de los objetivos planteados. A pesar de que el término “operacionalizar” no aparece en los diccionarios de lengua hispana, este tecnicismo se emplea en investigación científica para designar el proceso mediante el cual se transforman las variables u objetivos de ser conceptos abstractos, a ser términos o hechos concretos, observables y medibles, dimensiones e indicadores tangibles y/o cuantificables (6).

Operacionalizar los objetivos consiste en llevar a cabo acciones para lograrlos, por lo que ésta se iniciará en el mismo momento en el que se empiecen a observar y clasificar los casos. En este sentido, se encuadrarán el objetivo general y los objetivos específicos dentro de ciertas condiciones, para que resulten observables y evaluables, como se describe a continuación.

Se compararán los datos consignados en las Historias Clínicas, con los que se disponen en el cuaderno de registro del servicio, y en concordancia con los datos del cuaderno de control de biopsias del Laboratorio de Histopatología Dr. Pedro Tinoco, para luego ejecutar las siguientes acciones:

- .- Digitalizar los datos disponibles en un archivo Excel
- .- Clasificar las Historias según características clínicas y semiológicas de las lesiones, separando las que representen casos de pacientes con enfermedades malignas, que son el objeto principal a considerar en este trabajo
- .- Realizar un análisis referencial y conceptual amplio acerca de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, para fundamentar la idoneidad de su aplicación con respecto al Cáncer Bucal
- .- Crear un instrumento de recolección de datos específico para los pacientes que hayan sido diagnosticados con enfermedades malignas de la cavidad bucal, basado en la observación y análisis producto de los dos pasos anteriores, que será anexada a la HC una vez presentada la propuesta y aprobada por las instancias institucionales pertinentes
- .- En base a las actividades anteriores, el informe resultante constituirá un manual adecuado a las características operativas observadas en el Servicio de Clínica Estomatológica de la UCV, aplicable al resto de las enfermedades abordadas, con la intención de orientar la VE de los otros grupos de enfermedades
- .- La oportuna culminación de las actividades descritas, generarán el SVE propuesto en esta investigación

7.- VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Tratándose de una investigación exploratoria y descriptiva en cuanto al nivel de la realidad que se desea abordar, la viabilidad económica de la investigación es perfectamente posible, pues el sistema propuesto no requiere ni más inversión monetaria ni más esfuerzo que el que ya se lleva a cabo. Es determinante la toma de decisiones de las autoridades Institucionales, para que se pongan en marcha las acciones que resulten de este reporte, no sólo en el ámbito de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela sino en cada Servicio de atención al paciente oncológico de cabeza y cuello.

Tomando en cuenta que tanto la Facultad de Odontología en su rol de Escuela, como los distintos Servicios de Salud encargados de seguir la evolución de los pacientes oncológicos, cuentan con personal médico y docente altamente calificados, se espera la admisión de estas propuestas como parte de la cotidianidad evolutiva de cada centro de referencia del Cáncer Bucal. Por lo tanto, se considera que la viabilidad de este proyecto es factible.

8.- FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y REFERENCIALES

8.1.- Antecedentes de la Investigación:

La Medicina Bucal o Medicina Estomatológica es la disciplina en donde confluyen las ciencias médicas con las ciencias odontológicas. Esta disciplina se encarga de abordar clínicamente las enfermedades que afectan la boca y sus anexos, o enfermedades sistémicas con manifestaciones bucales.

La Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela cuenta con una Cátedra y un Servicio de Medicina Estomatológica, ubicados en el primer piso de la Facultad, con una trayectoria de más de 30 años. En diciembre de 1994, el Consejo Universitario aprobó la Maestría en Medicina Estomatológica, propuesta por la Prof. Magdalena Mata de Henning (Epónimo de donde proviene el nombre del Servicio), y el resto de los profesores de la Cátedra que para ese momento desempeñaban su valiosa labor. A partir de la creación de la Maestría en Medicina Estomatológica, se institucionalizó la formación de profesionales expertos en atención de pacientes que presentan patologías bucales, dando origen a equipos multidisciplinarios, con la finalidad de que todo individuo que acuda al Servicio tenga la oportunidad de ser evaluado por tantas especialidades como lo requiera cada caso en particular, sincronizando entre todas las áreas implicadas el plan de tratamiento y la evolución de su enfermedad.

Al día de hoy, el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela es centro de referencia nacional de pacientes con enfermedades bucales o entidades sistémicas con manifestaciones bucales.

El monitoreo periódico de los pacientes permite descartar o confirmar precozmente la presencia de enfermedades concomitantes, recidivas o complicaciones de la condición por la que se consulta al servicio.

En cada cita, el operador debe anotar en la historia todos los detalles que observe, con la finalidad de que se certifiquen institucional y legalmente las condiciones en las que el individuo acudió a consulta, su evolución, posibles hallazgos, o simplemente el alta. El beneficio de un correcto registro de estos datos es incalculable. El primer favorecido es el paciente, quien por lo general no es capaz de darse cuenta de algunos signos y síntomas que un ojo clínico experto sí puede notar, además de que quedan asentados en la historia datos que eventualmente pudieran ser requeridos por otro especialista. En segundo lugar, desde el punto de vista institucional, es obligatorio llevar un registro completo de las historias y datos de los pacientes, como parte del compromiso ético-legal y normas generales, misión y visión de la Facultad de Odontología y de la Universidad Central de Venezuela.

En el caso de las enfermedades auto-limitadas, en individuos con una condición general de salud aceptable, la descripción de cada eventualidad en la historia clínica pareciera poco importante, sin embargo, ante la presencia de enfermedades que comprometen la vida del paciente o que cursan con una morbilidad muy acentuada, el correcto registro de la evolución y el trabajo multidisciplinario cobran aún más valor, traduciéndose en disminución de la morbilidad, mejora de la calidad de vida, la garantía de que se han agotado todos los recursos posibles para asistir al paciente, y muchas veces hasta representa la diferencia entre el hecho de que el paciente muera o no, debido a complicaciones que se pueden evitar si se disponen de datos cronológicos, clínicos, de laboratorio, radiológicos, y otros que, articulados entre sí, pudieran llevar a conclusiones y medidas terapéuticas antes de que ocurran tales complicaciones.

Dentro del grupo de enfermedades que implican alta morbilidad, es preciso destacar las enfermedades malignas, que en el caso de afectar la cavidad bucal, involucran no sólo el sufrimiento inherente a cualquier entidad patológica, sino el compromiso de funciones vitales como la respiración, la alimentación, la fonación y en general las relaciones sociales.

Como término general se utiliza la palabra Cáncer para definir las enfermedades malignas, no sólo de la cavidad bucal sino aquellas que afectan a cualquier órgano o sistema.

8.2.- Cáncer. Definición.

En el siglo IV a.C., en los escritos Hipocráticos, se encuentran no sólo las primeras descripciones sino también el origen etimológico de la palabra Cáncer. En el *Corpus Hippocraticum*, colección de obras atribuidas a Hipócrates, se mencionan unas lesiones ulcerosas crónicas, algunas veces endurecidas, que se desarrollan progresivamente y sin control, expandiéndose por los tejidos, semejando las patas de un cangrejo, por lo que las denominó con la palabra griega *καρκίνοϛ* (Se lee *karkinos*), dándole un significado técnico a la palabra griega cangrejo que se escribe igual. De allí, el término pasa al latín como “*cancer*” (En latín sin acento), con ambos significados, el del animal y el de úlcera maligna o Cáncer en el sentido moderno. Siglos después, al formarse el castellano, se derivan de la palabra latina dos términos separados. Por una parte, usando un sufijo diminutivo, se forma la palabra cáncer para denominar al crustáceo y, por otra parte, se consolida el término Cáncer como un término médico para un tipo determinado de lesión (En latín *Cancer, cancri, a similitudine maritimo animalis vocatum*: “Por su parecido a una criatura marina llamada de igual forma”) (18).

Así, la palabra Cáncer (con inicial mayúscula) es un término genérico que denota cualquier enfermedad maligna.

8.3.- Cáncer de Cabeza y Cuello.

Los tumores malignos de Cabeza y Cuello (categorías ICD-9 140-149 y 161 según la ICD-OMS) son comunes en algunas regiones del mundo donde el consumo de tabaco y alcohol es elevado. La tasa de incidencia del Cáncer de Cabeza y Cuello para 1990 excedía los 30/100 en género masculino en Francia, Hong Kong, India, Europa Central y Oriental, España, Italia, Brazil, y la población afrodescendiente de los Estados Unidos.

En cuanto al género femenino, se reportaron más de 10 casos por cada 10.000 individuos en India, Hong Kong y Filipinas. La mayor incidencia fue reportada en pacientes masculinos en Bas-Rhin, Francia, y en pacientes femeninas 15.97 en Madrás, India. Las variaciones en cuanto a la incidencia del Cáncer en una u otra localización de Cabeza y Cuello se relacionan la mayoría de las veces a la distribución geográfica de factores de riesgo como el consumo de tabaco, la costumbre de masticar nuez de Betel, consumo de Bidi (cigarrillos artesanales de origen asiático o indio), y el consumo indiscriminado de alcohol. A efectos de la clasificación, es posible que en cuanto a la localización anatómica, existan diferencias en vista de la proximidad o contigüidad de la zona afectada en algunos casos. Mientras que el Cáncer de la boca (En especial de lengua) es más común en la India, la localización nasofaríngea es más común en Hong Kong; el Cáncer faríngeo o laríngeo es más común en otras poblaciones. Aunque las tasas globales de incidencia muestran una tendencia decreciente en ambos géneros entre pacientes de raza blanca en la India, Hong Kong, Brazil y USA, se observa un incremento en muchas otras poblaciones, particularmente de Europa Central y Europa Oriental, países Escandinavos, Canadá, Japón y Australia. Estas tendencias mundiales se correlacionan con el cambio de la prevalencia de los factores de riesgo. La supervivencia a los 5 años varía de un 20 a un 90% dependiendo de la zona anatómica afectada y de la extensión clínica de la enfermedad. La prevención primaria es la estrategia potencial para el control de la enfermedad a largo plazo, en contraste con las estrategias de detección y tratamiento precoz, que pueden tener una eficacia limitada en prevenir la mortalidad de los pacientes a corto plazo (42).

El Carcinoma de Células Escamosas (CCE) es la neoplasia maligna más frecuente en la región de cabeza y cuello. Una parte significativa de estos tumores se desarrolla a partir de desórdenes bucales potencialmente malignos (DBPM) como la leucoplasia (19).

El Carcinoma de Células Escamosas de Cabeza y Cuello (CCECC) afecta a más de 40.000 personas anualmente sólo en los Estados Unidos, y al menos 13.000 de estas personas mueren a causa de la enfermedad cada año. En cavidad bucal representa por lo menos el 95% de las enfermedades malignas. A pesar de que mundialmente el tabaco y el alcohol han sido identificados como factores etiológicos principales de esta enfermedad, y se han realizado campañas de información y concientización, no se ha logrado mejorar esta cifra estadística (8).

El Cáncer de cabeza y cuello representa aproximadamente el 3% de todas las enfermedades malignas en los Estados Unidos. Alrededor de 40.000 individuos fueron diagnosticados con Cáncer de cabeza y cuello en 2001, dando lugar a 12.000 muertes. Esta enfermedad afecta al género masculino en una proporción que, dependiendo de los hábitos de la población estudiada, afecta entre dos y cinco veces más que al género femenino. La mayoría de los pacientes presentan una extensa historia de consumo de cigarrillos, tabaco, pipa o tabaco no inhalado, que puede o no ser concomitante con el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas. En distintos estudios, se ha reportado un incremento de hasta el 38% de riesgo a desarrollar una enfermedad maligna de cabeza y cuello en pacientes con abuso concomitante de alcohol y tabaco. El Cáncer de cabeza y cuello se observa generalmente en individuos pertenecientes a estratos socio-económicos bajos, probablemente por la incapacidad cultural y/o económica de acceder a servicios de salud cuando se evidencian los primeros signos y síntomas ((8).

El pronóstico del Cáncer de cabeza y cuello depende del estadio de la enfermedad para el momento en que se diagnostica. En la primera etapa (estadios I y II), los pacientes tienen del 60 al 90% de posibilidad de curarse con tratamiento local solamente, pero los pacientes con enfermedad más avanzada tienen un 50% más de riesgo a desarrollar recurrencias o metástasis a distancia.

La presencia de nódulos linfáticos y metástasis a distancia son los factores pronósticos más importantes en el CCE de cavidad bucal y en general de cabeza y cuello (9).

8.4.- Cáncer Bucal.

El Cáncer Bucal es la 11va enfermedad maligna más común en el mundo, se diagnostican aproximadamente 5.000 casos anuales. Los factores de riesgo ya identificados incluyen el tabaquismo en cualquiera de sus formas, el consumo indiscriminado de alcohol, masticar nuez de Betel, factores nutricionales y hábitos dietéticos, exposición a luz ultravioleta, el entorno socio-económico y la edad (40).

El Carcinoma de Células Escamosas (CCE) es la neoplasia maligna más frecuente en la región de cabeza y cuello. Una parte significativa de estos tumores se desarrolla a partir de desórdenes bucales potencialmente malignos (DBPM) como la leucoplasia (19).

En la bibliografía se informa que más del 90% de los pacientes con Cáncer bucal son mayores de 45 años, siendo la edad media de presentación alrededor de los 60 años (22).

Entre el 1 y el 3% de todos los Carcinomas de Células Escamosas Bucales (CCEB), aparecen en pacientes menores de 40 años (23, 24). La presentación del CCEB en pacientes jóvenes es rara, aunque esta incidencia parece estar aumentando (25). Para algunos autores, los pacientes jóvenes presentan tumores más agresivos con tasas de recidivas, metástasis cervicales y mortalidad más elevadas (26). Sin embargo, otros estudios no corroboran estos hallazgos (27).

En plena era post invención de los antibióticos, el Cáncer Bucal permanece siendo una de las enfermedades amenazantes para la vida en el mundo occidental.

El Cáncer Bucal, globalmente representa la sexta enfermedad maligna más común (29), y es reconocido como un problema de salud mayor en regiones donde el tabaquismo es frecuente entre la población, en forma de tabaco masticable y/o inhalado, independientemente del consumo o no de bebidas alcohólicas. La distribución poblacional y la prevalencia del Cáncer Bucal varía según la edad, etnia, cultura y estilo de vida, además del nivel de desarrollo de cada país (30-38).

Cada vez que se consulta una referencia de Cáncer bucal, es notorio cómo en países desarrollados se disponen de datos estadísticos precisos acerca de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad, no como aproximaciones o reportes casuales, sino como resultado de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica formal, institucional, de Estado, cuyos datos son demostrables, repetibles y actualizados. En Venezuela, en el informe con fecha 02 de julio de 2011, la Comisión de Epidemiología de la Red de Sociedades Científicas Médicas Venezolanas, reportan la incidencia de Cáncer en Venezuela en los últimos 10 años, aludiendo las 12 localizaciones más frecuentes, entre las que no figura la cavidad bucal, y no se nombra de hecho ningún tipo de malignidad bucal, sin que se pueda inferir si se incluyó dentro del grupo de afecciones de “vías digestivas” o tal vez en el grupo de “otras localizaciones”. De hecho el volumen citado está identificado como “especial” y tiene como título: “Cáncer, un problema de salud en Venezuela con datos epidemiológicos retrasados”, donde los autores exponen la necesidad de establecer Sistemas de Vigilancia Epidemiológica en cada servicio de salud pública, e integrarlos a una red nacional donde se formalicen las cifras, para luego ser publicadas oficialmente (12).

8.4.1.- Características Clínicas del Cáncer Bucal

Uno de los retos más difíciles del Carcinoma de Células Escamosas de Cavidad Bucal es que en etapas tempranas puede pasar desapercibido. Puede cursar sin dolor, y clínicamente desapercibido, sin que haya cambios obvios u observables. Un profesional experto en muchos casos puede ver o palpar

cambios mucosos precursores del cáncer en etapas precoces. La apariencia clínica puede ser de una leucoplasia o eritroplasia, o frecuentemente una úlcera de bodes indurados y fondo granuloso, sin que ninguna presentación sea patognomónica. Es una regla el realizar una biopsia diagnóstica a cualquier lesión ulcerosa que no muestre signos de mejoría luego de discontinuar los posibles factores inflamatorios relacionados en un máximo de 14 días. También deben representar signos de alarma: cualquier masa exofítica palpable o que el paciente “sienta” intrabucalmente o en el cuello, disfagia, disfonía u otra dificultad para hablar o pronunciar las palabras, dificultad para masticar, lesiones verrugosas, voz ronca de evolución crónica o cualquier zona tumefacta en la región oral o facial. El dolor persistente de oído puede ser también un signo de alarma (49).

A continuación se ilustran fotográficamente varias presentaciones clínicas de pacientes que fueron diagnosticados con Carcinoma de Células Escamosas y otros tipos de Cáncer de cavidad bucal:



Foto N°1. Paciente femenina, de 26 años de edad, diagnosticada como Carcinoma de Células Escamosas Moderadamente Diferenciado. A simple vista la lesión se observó como una leucoplasia, pero a la palpación se evidenciaba una masa tumoral que abarcaba la hemi-lengua derecha.



Foto N° 2. Paciente femenina de 64 años de edad, que presentó una úlcera traumática de varios meses de evolución en relación con trauma masticatorio, diagnosticada como Carcinoma de Células Escamosas Moderadamente Diferenciado.



Foto N° 3. Paciente femenina, de 60 años de edad, presentó eritroplasia en paladar, no atribuible a ningún factor específico. Diagnosticada como Carcinoma de Células Escamosas superficialmente invasivo.



Foto N° 4. Paciente femenina, de 57 años de edad, presentaba masa tumoral que se desarrolló rápidamente (2 meses después) luego de haber sufrido trauma masticatorio. Fue diagnosticada como Carcinoma de Células Escamosas bien diferenciado.



Foto N° 5. Paciente masculino de 81 años de edad, quien presentaba masa tumoral ulcerada en borde lateral de lengua, diagnosticada como Carcinoma de Células Escamosas moderadamente diferenciado.



Foto N° 6. Paciente femenina de 51 años de edad, presentaba úlcera de fondo granuloso, de bordes indurados, no dolorosa, entre el borde lateral y la cara ventral de lengua, rodeada por un tejido leucoplásico, a la palpación la consistencia de todo el territorio peri-lesional era firme. Diagnosticada como Carcinoma de Células Escamosas Moderadamente diferenciado.



Foto N° 7. Paciente masculino, de 65 años de edad, presentaba masa tumoral de superficie granulosa en piso de boca, a predominio izquierdo, pero que ya había sobrepasado la línea media. Fue diagnosticado como Carcinoma de Células Escamosas moderadamente diferenciado.



Foto N° 8. Paciente femenina, de 47 años de edad, presentó masa tumoral ulcerada en borde lateral de lengua, relacionada con trauma masticatorio crónico, a la palpación la consistencia de la hemi-lengua era firme desde el 1/3 medio hasta el tercio posterior de la hemilengua del lado de la lesión. Fue diagnosticada como Carcinoma de Células Escamosas mal diferenciado.



Foto N° 9. Paciente femenina, de 51 años de edad, presentó gran masa tumoral que abarcaba hemi-mandíbula derecha, trígono retromolar, pilar amigdalino y se perdía de vista hacia posterior. El tumor afectaba ístmo de las fauces y paladar ipsilateral. La paciente estaba siendo tratada por Adenocarcinoma pulmonar hacía un año para el momento de la consulta. El tumor bucal fue diagnosticado como Carcinoma de Células Escamosas metastásico, y precedía a la enfermedad pulmonar.



Foto N° 10. Paciente masculino, de 58 años de edad, presentó masa tumoral ulcerada, de superficie eritroleucoplásica, y granulosa, que abarcaba trígono retromolar, pilar anterior y afectaba parte del velo del paladar. El paciente manifestaba dolor. Diagnosticado como Carcinoma de Células Escamosas bien diferenciado.



Foto N° 11. Paciente femenina, de 36 años de edad, quien al examen clínico presentó masa tumoral ulcerada, dolorosa, entre borde lateral y cara ventral de lengua, a la palpación la lesión abarcaba un territorio mayor que el observado a simple vista. La paciente manifestaba trauma crónico de etiología masticatoria (dientes con cúspides filosas). Diagnosticada como Melanoma amelanótico, confirmado por Inmunoquímica.



Foto N° 12. Paciente femenino de 45 años de edad, presentó úlcera en el 1/3 posterior de paladar duro, que se asentaba en un lecho eritematoso. La lesión era dolorosa, y drenaba contenido purulento, de 6 meses de evolución. Diagnosticada como Carcinoma adenoideo Quístico, patrón cribiforme.



Foto N° 13. Paciente femenino de 63 años de edad. Presentó masa tumoral de superficie verrugosa, leuco-eritroplásica, dolorosa, en porción posterior de reborde residual sup. Diagnosticada como Carcinoma verrugoso.

8.4.2.- Tratamiento del Cáncer Bucal

El tratamiento de los tumores malignos de la cavidad bucal, como es de esperarse, puede causar mutilación y disfunción de la habilidad masticatoria, respiratoria, alimentaria, y hasta social, pues además de respirar y alimentarse, el individuo se comunica con el aparato bucal y gran parte de la aceptación social de la persona depende de su apariencia y su capacidad de comunicarse con los demás.

Los tumores de cavidad bucal suelen tratarse mediante cirugía, radioterapia, o ambas. El tratamiento de preferencia, siempre que es posible, es la cirugía, la cual representa menos morbilidad, debido a los efectos secundarios de la radioterapia en los tejidos bucales, que incluyen: mucositis, xerostomía, glosodinia, pérdida dentaria y cambios a largo plazo en los hábitos alimenticios (debido a la incapacidad de masticar o tolerar ciertos alimentos). La mayoría de los pacientes se recuperan satisfactoriamente de la cirugía (exceptuando la mutilación y los estragos estéticos causados), con un mantenimiento aceptable de las funciones básicas. Cuando las características del tumor y de la enfermedad general lo requieren, adicionalmente hay que coadyuvar el tratamiento quirúrgico y radiante con quimioterapia, aumentando la morbilidad y mermando la calidad de vida del paciente (8).

El tratamiento de una enfermedad maligna es sistémico, aunque el tumor se encuentre en cavidad bucal. Éste se decide luego de clasificar la enfermedad según la clasificación universal TNM, el grado de diferenciación tumoral y la localización del tumor primario. El status "N" y "M" se establece luego de confirmar la presencia o no de metástasis ganglionares locales o metástasis a distancia mediante pruebas auxiliares. Todas estas evaluaciones permiten estadiar la enfermedad y decidir los protocolos o algoritmos de tratamiento. A continuación se describen gráficamente la clasificación TNM, los niveles ganglionares y los algoritmos universales de tratamiento del Cáncer Bucal descritos y graficados según Garriga 2004 (51):

Gráfico Nº 1: Clasificación TNM:

Tx	Tumor primario no puede ser evaluado
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor de 2 cm o menos en su mayor dimensión.
T2	Tumor de más de 2 cm pero no mayor de 4 cm en su mayor dimensión.
T3	Tumor mayor de 4 cm en su mayor dimensión.
T4a	(labio) Tumor que invade: la cortical del hueso, nervio alveolar inferior, piso de la boca o piel.
T4a	(cavidad oral) Tumor que invade: la cortical del hueso, músculos extrínsecos de la lengua, seno maxilar o piel de la cara.
T4b	(labio y cavidad oral) Tumor que invade: el espacio masticador, la apófisis pterigoides, la base del cráneo o envuelve la carótida.
Nx	Los ganglios regionales no pueden ser evaluados
N0	No hay metástasis ganglionares
N1	Metástasis a un ganglio linfático único ipsilateral cuya dimensión mayor es igual o menor de 3 cm.
N2	Metástasis en un ganglio único ipsilateral mayor de 3 cm pero no mayor de 6 cm, o metástasis en ganglios múltiples ipsilaterales ninguno mayor de 6 cm, o metástasis en ganglios bilaterales o contralaterales, ninguno de ellos mayores de 6 cm.
N2a	Metástasis en un ganglio único ipsilateral mayor de 3 cm pero no mayor de 6 cm.
N2b	Metástasis en ganglios múltiples ipsilaterales ninguno mayor de 6 cm.
N2c	Metástasis en ganglios bilaterales o contralaterales, ninguno de ellos mayores de 6 cm.
N3	Metástasis en un ganglio linfático mayor de 6 cm.
Mx	La presencia de metástasis a distancia no puede ser determinada.
M0	Sin metástasis a distancia.
M1	Metástasis a distancia

Gráfico Nº 2: Estadío del Cáncer Bucal según la Clasificación TNM.

Estadio 0	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio II	T2	N0	M0
Estadio III	T1-2	N1	M0
	T3	N0-1	M0
Estadio IVA	T1-3	N2	M0
	T4a	N0-2	M0
Estadio IVB	T1-4	N3	M0
	T4b	N0-3	M0
Estadio IVC	T1-4	N0-3	M1

Gráficos 3, 4, 5, 6 y 7: Algoritmos de tratamiento descritos y graficados según Garriga, 2004 (51).

Gráfico Nº 3: Algoritmo de tratamiento para el Cáncer de labio.

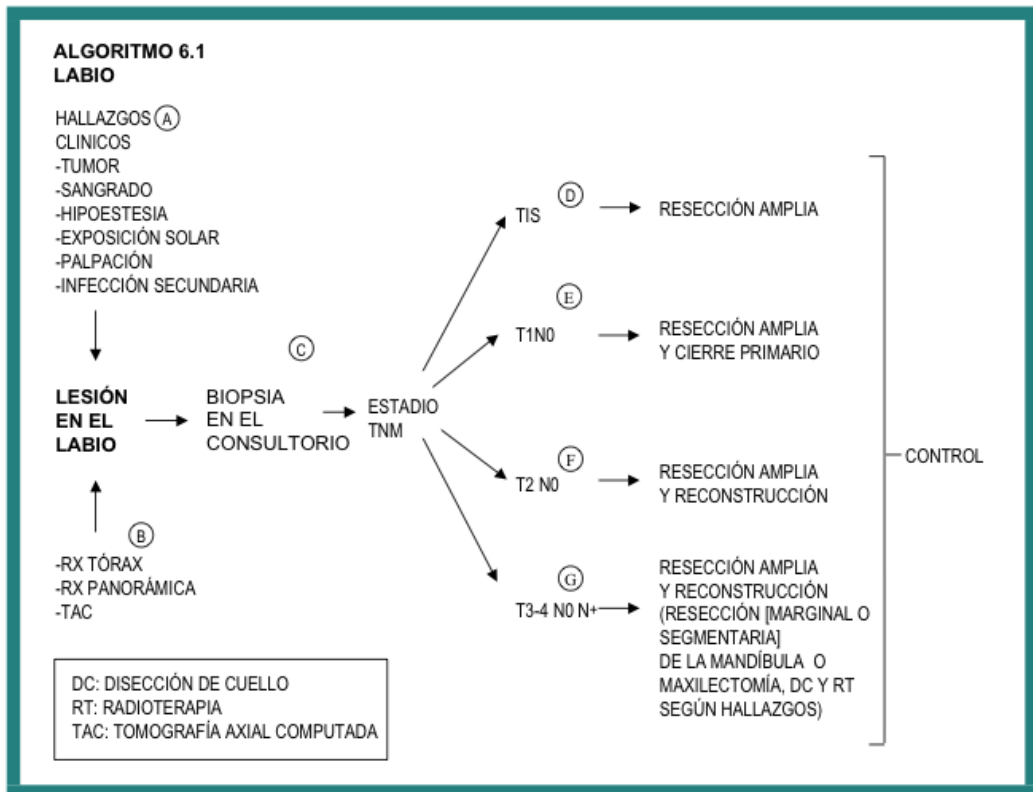


Gráfico Nº 4: Algoritmo de tratamiento para el Cáncer de Lengua.

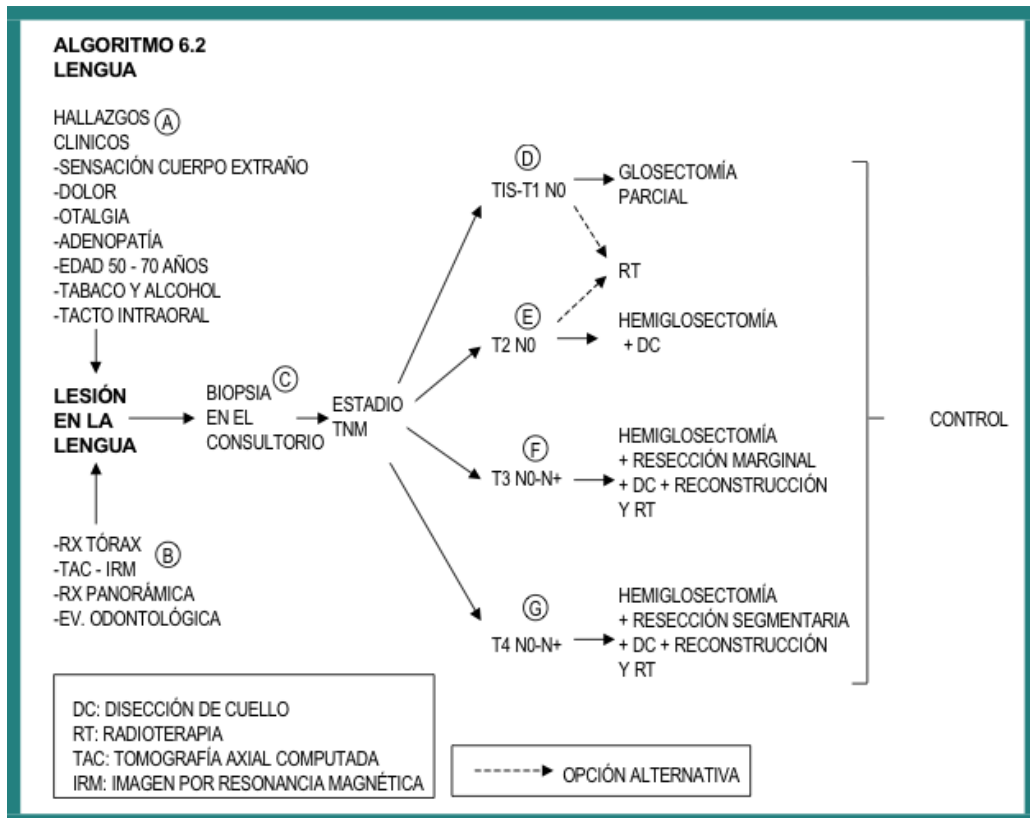


Gráfico N° 5: Algoritmo de tratamiento para el Cáncer de Piso de Boca.

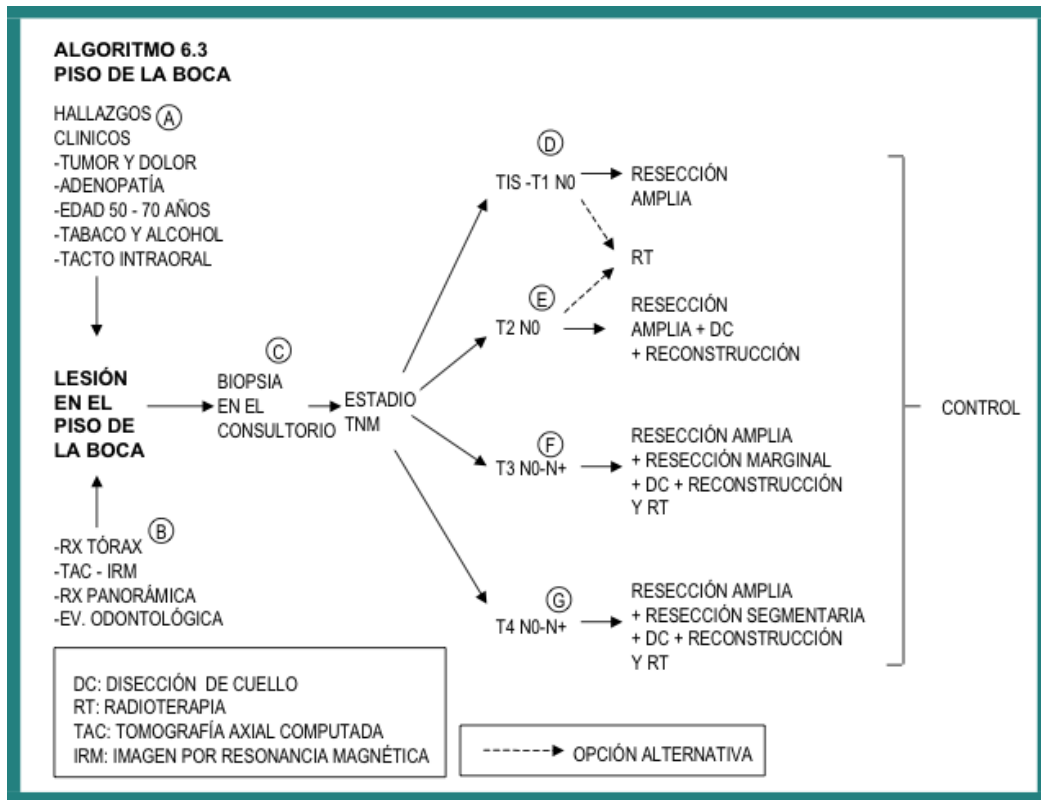


Gráfico Nº 6. Algoritmo de tratamiento para el Cáncer de Reborde Alveolar Inferior.

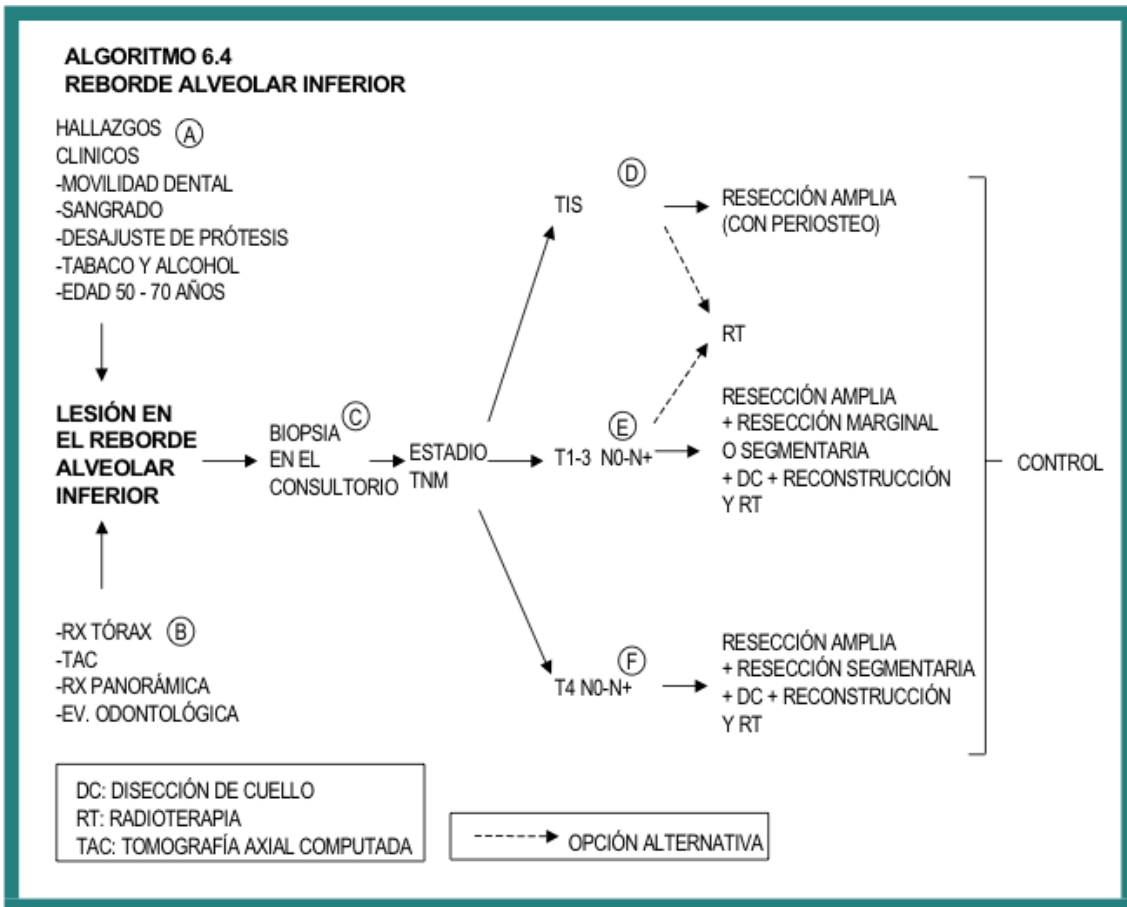
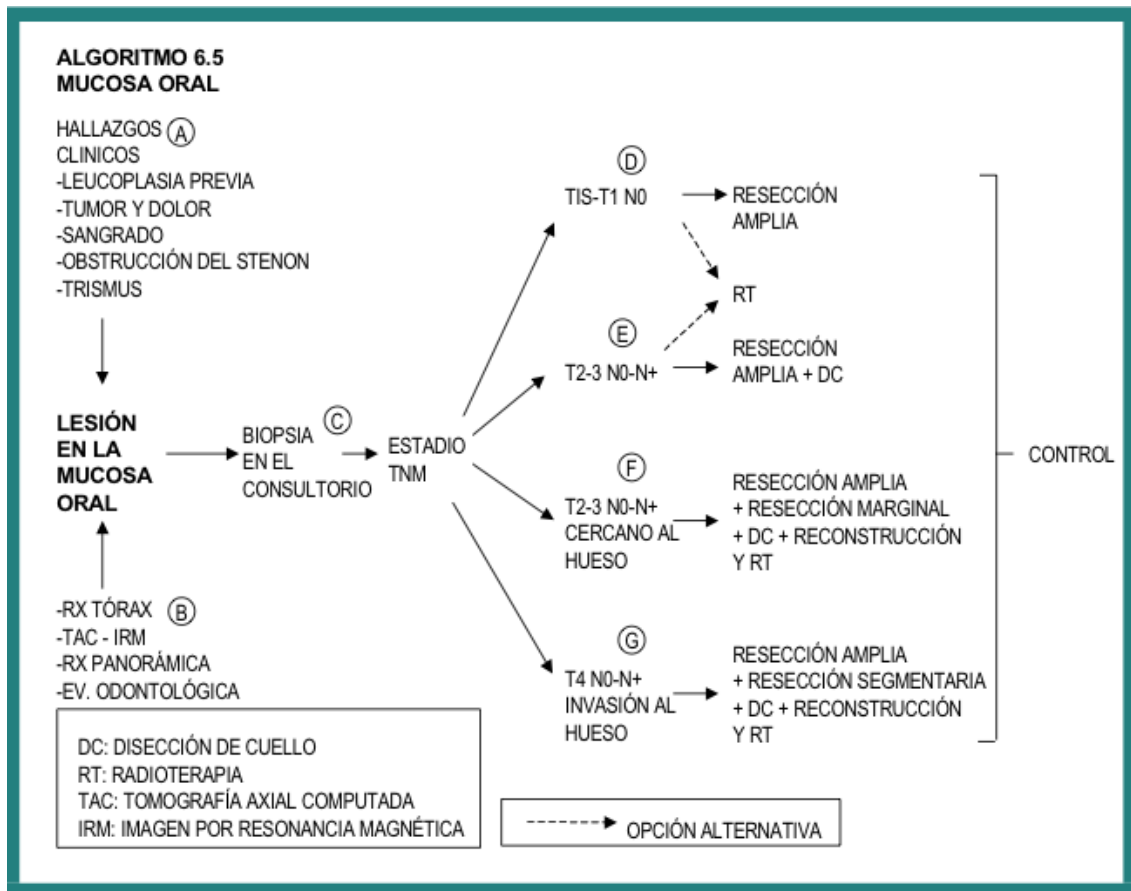


Gráfico Nº 7. Algoritmo de tratamiento para el Cáncer de Mucosa Bucal.



Una de las principales causas del fracaso en el tratamiento del Carcinoma de Células Escamosas es que una proporción significativa de estos casos no son diagnosticados o tratados hasta que alcanzan un estado avanzado de desarrollo. Esto se debe a que los pacientes habitualmente no reportan características inusuales en su boca y muchos profesionales de la salud no investigan a fondo las lesiones observables. La detección precoz en estadios asintomáticos garantiza no sólo un aumento en la tasa de supervivencia, sino también una mejor calidad de vida, como consecuencia de tratamientos menos agresivos o mutilantes. Además, posibilita aumentar la sobrevivencia y disminuir la morbilidad de los pacientes que sufren esta condición (21).

Por lo antes descrito es obvio suponer que mientras más precozmente se diagnostique un tumor maligno de cavidad bucal, mejor será el pronóstico y la calidad de vida del paciente. Muchas de las lesiones malignas se inician presentando la apariencia de leucoplasias o eritroplasias (consideradas como entidades potencialmente malignas). También se ha reportado un riesgo aumentado a desarrollar Carcinoma de Células Escamosas en pacientes con antecedentes de enfermedades causadas por ciertos virus como Epstein-Barr, Herpes simplex, Papiloma Humano, pacientes consumidores de alcohol y tabaco, y pacientes que, por su roce ambiental (contacto con asbesto u otros químicos industriales), o pacientes con ciertos antecedentes personales o familiares (Cáncer colorrectal hereditario no poliposo, enfermedad de Li-Fraumeni, Cáncer en vías digestivas, por mencionar algunas), puedan tener una particular susceptibilidad ambiental o genética (10). Algunos Síndromes, como la anemia de Franconi o el síndrome de ataxia-telangiectasia, por ejemplo, también han sido asociados con el desarrollo de enfermedades malignas de cabeza y cuello (11).

La anamnesis exhaustiva y la pericia clínica conducen a una historia clínica adecuada para detectar cualquier factor de riesgo.

El incremento en nuestra capacidad para observar, evaluar, diagnosticar y estadiar la enfermedad maligna de cabeza y cuello, incrementará también la posibilidad de individualizar el tratamiento para obtener mejor sobrevida y calidad de vida, pero para esto se requiere registrar adecuadamente cada detalle en la historia clínica, y tenerlo a disposición para cuando se necesite, no sólo en el tiempo, sino por alguno de los profesionales que de alguna manera puedan intervenir a favor del paciente, o incluso para efectos legales, antropológicos y/o forenses.

En vista de que el Cáncer es un conjunto de afecciones sistémicas que causa el deterioro progresivo de varios órganos a partir del tumor primario, debe ser tratado por un equipo multidisciplinario encabezado por el Oncólogo. La Oncología es la rama médica que se encarga del abordaje y tratamiento de los tumores, benignos o malignos.

A nivel mundial están descritos los protocolos o “Algoritmos” a seguir en cada caso diagnosticado con Cáncer. La palabra Algoritmo significa “El conjunto prescrito de instrucciones o reglas bien definidas, ordenadas y finitas que permite realizar una actividad mediante pasos sucesivos que no generen dudas a quien deba realizar dicha actividad” (50). Aunque este concepto es generalmente utilizado para efectos matemáticos, su definición aplicada a los protocolos oncológicos nos dicta la importancia que de la que se reviste no dudar en estar en lo cierto a la hora de elegir el proceder terapéutico ante un diagnóstico de Cáncer.

Los Algoritmos de tratamiento del Cáncer Bucal y de todos los tipos de Cáncer se basan en la clasificación y estadiaje TNM de cada caso en particular, y en el estudio de miles de pacientes a nivel mundial, y representan un acuerdo global. Se actualizan cada 5 años y se reportan los acuerdos de manera de ofrecer la mejor opción terapéutica, sobrevida y calidad de vida (51).

9.- VIGILANCIA Y NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES.

La carga mundial de enfermedades no transmisibles y la amenaza que suponen constituye un importante problema de salud pública que socava el desarrollo social y económico en todo el mundo. Para evitar las crecientes desigualdades entre diferentes países y poblaciones, se necesitan medidas urgentes a nivel mundial, regional y nacional que mitiguen esta amenaza. Se calcula que unos 36 millones de defunciones, el 63% de los 57 millones de muertes registradas en el mundo en 2008, se debieron a enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades cardiovasculares (48%), Cánceres (21%), enfermedades respiratorias crónicas (12%) y Diabetes (3,5%). En 2008, el 80% de las defunciones (29 millones) por enfermedades no transmisibles se produjeron en países de ingresos bajos y medios, y en estos últimos países la proporción de muertes prematuras (antes de los 70 años) es mayor (48%) que en los países de ingresos altos (26%). Según las previsiones de la OMS, si todo sigue igual, la cifra anual de muertes por enfermedades no transmisibles aumentará a 55 millones en 2030.

Los conocimientos científicos demuestran que la carga de enfermedades no transmisibles se puede reducir mucho si se aplican de forma eficaz y equilibrada intervenciones preventivas y curativas costoefectivas ya existentes (41).

Los Registros Poblacionales de Cáncer son considerados por la Organización Mundial de la Salud y su Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) como el sistema de información epidemiológica que permite conocer la incidencia y distribución de los cánceres en una población determinada. Además, su información contribuye al desarrollo del conocimiento de esta enfermedad y sus factores de riesgo, así como, a la planificación y evaluación de impacto de los programas y tratamientos de Cáncer. Por otra parte, abren una posibilidad a la investigación en Cáncer (46).

La Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC), emite una publicación conocida como Cancer Incidence in Five Continents (CIFIC), que reporta periódicamente las notificaciones de cada país.

El proyecto GLOBOCAN tiene como objetivo proporcionar estimaciones contemporáneas de la incidencia de la mortalidad y prevalencia de los principales tipos de cáncer a nivel nacional para 184 países del mundo (47).

Tanto IARC como GLOBOCAN son propuestas de acatamiento voluntario sugeridas por la OMS para establecer políticas de salud a nivel mundial en busca de la disminución de las cifras de Cáncer en cada nación. En el volumen X, recientemente publicado, (2014), Contiene información sobre la incidencia de Cáncer en períodos de 5 años, procedente de registros de Cáncer poblaciones de diferentes países de todo el mundo, que cumplen con unos requisitos básicos de calidad. En el volumen X, recientemente publicado, el período de incidencia considerado es 2003-2007 y se incluyen datos de 68 países del mundo procedentes de 290 registros de cáncer de localidades de todo el mundo, excepto Venezuela (49).

Conforme a lo solicitado por la Asamblea Mundial de la Salud en la resolución WHA64.11, la secretaría ha elaborado un proyecto de plan de acción para el periodo 2013-2020. El objetivo es poner en práctica los compromisos de la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT). El proyecto de plan de acción aporta una hoja de ruta para que la comunidad mundial pueda actuar de forma coordinada y coherente. Es un medio para poner en práctica el marco mundial de vigilancia para alcanzar las 9 metas mundiales de aplicación voluntaria, en particular la referida a la mortalidad prematura, consistente en lograr para 2025 una reducción relativa en un 25% de la mortalidad global por enfermedades cardiovasculares, **Cáncer**, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas (41).

Las 9 metas planteadas son:

- 1) Reducción de un 25% de la mortalidad debida a enfermedades cardiovasculares, **Cáncer**, Diabetes o enfermedades respiratorias crónicas
- 2) Reducción de por lo menos un 10% del consumo indiscriminado de alcohol y promoción del consumo responsable dentro de las particularidades de cada país
- 3) Reducción de por lo menos un 10% del sedentarismo entre la población
- 4) Reducción del consumo de sal y Sodio en por lo menos un 30%
- 5) Reducción de por lo menos un 30% del consumo de tabaco en las personas adultas (Población mayor a 15 años de edad)
- 6) Reducción de la prevalencia de Hipertensión Arterial o por lo menos mantener las cifras de cada país
- 7) Paralización del incremento en las tasas de prevalencia de Diabetes y Obesidad
- 8) Garantía de la disposición del tratamiento farmacológico a por lo menos el 50% de los pacientes con Enfermedades Cardiovasculares (Incluyendo hipoglicemiantes), de acuerdo con el sistema de selección de los beneficiarios de cada país
- 9) Disposición de al menos un 80% de la tecnología básica y los medicamentos esenciales, incluyendo medicinas genéricas, requeridas para

tratar la mayoría de las Enfermedades No Transmisibles tanto en servicios públicos como privados (41).

Además de estas 9 metas planteadas, la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles instó a los gobiernos de los países miembros de la OMS a:

I.- Establecer individualmente (por país) las metas de salud nacionales esperadas para 2025 con respecto a las ENT

II.- Desarrollar planes de acción para alcanzar esas metas reduciendo los factores de riesgo y habilitando a los sistemas sanitarios para responder efectivamente todos los retos planteados para el 2025, y

III.- **Cuantificar y Notificar las cifras de acuerdo con el plan de acción global** (41).

El plan de acción ofrece un conjunto integral de medidas destinadas a acelerar la reducción de la carga de enfermedades no transmisibles de modo que en 2020 se hayan hecho progresos suficientes para alcanzar las metas mundiales fijadas para 2025, por lo que son los gobiernos y las instituciones las que deben decidir políticas favorables a alinearse con esas medidas.

De igual manera, la OMS y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, organismo especializado que depende de ella, colaboran con otras organizaciones de las Naciones Unidas y asociados con el fin de:

- Aumentar el compromiso político con la prevención y el control del Cáncer
- Coordinar y llevar a cabo investigaciones sobre las causas del Cáncer y los mecanismos de la carcinogénesis en el ser humano
- Elaborar estrategias científicas de prevención y control del Cáncer;
- Generar y divulgar conocimientos para facilitar la aplicación de métodos de control del Cáncer basados en datos científicos
- Elaborar normas e instrumentos para orientar la planificación y la ejecución de las intervenciones de prevención, detección temprana, tratamiento y atención

- Facilitar la formación de amplias redes mundiales, regionales y nacionales de asociados y expertos en el control del Cáncer;
- Fortalecer los sistemas de salud locales y nacionales para que presten servicios asistenciales y curativos a los pacientes con Cáncer
- Prestar asistencia técnica a los países en desarrollo para la transferencia rápida y eficaz de las estrategias sanitarias (41).

La OMS propone que, de acuerdo con su legislación, y cuando sus circunstancias específicas lo aconsejen, los Estados Miembros emprendan las acciones descritas a continuación:

a) Seguimiento: Actualizar las leyes relativas a las estadísticas sanitarias, en particular el registro civil, reforzar los sistemas de registro civil y de registro de las causas de defunción, definir y adoptar un conjunto de metas e indicadores nacionales, teniendo en cuenta el marco de vigilancia mundial, e integrar los sistemas de vigilancia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en los sistemas nacionales de información sanitaria.

b) Registros de enfermedades: Desarrollar y mantener registros de enfermedades, y reforzar los existentes, en especial del Cáncer si ello es factible y sostenible, y aplicar indicadores adecuados para entender mejor las necesidades regionales y nacionales.

c) Vigilancia: Integrar la vigilancia en los sistemas nacionales de información sanitaria y reunir periódicamente datos sobre los factores de riesgo comportamentales y metabólicos (uso nocivo del alcohol, inactividad física, consumo de tabaco, dieta malsana, sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial, aumento de la glicemia, e hiperlipidemia), de forma desglosada, para seguir de cerca su evolución y evaluar los progresos logrados para reducir las desigualdades.

d) Fortalecimiento de la capacidad: Fortalecer la capacidad técnica necesaria para gestionar y poner en marcha sistemas de vigilancia y seguimiento, que se integren en la capacidad de los sistemas existentes de información sanitaria, haciendo hincapié en la gestión, el análisis y la notificación de los datos, a fin de mejorar la disponibilidad de datos de calidad acerca de las enfermedades no transmisibles y los factores de riesgo.

e) Difusión y uso de los resultados: Aportar sistemáticamente información acerca de las tendencias de las enfermedades no transmisibles por lo que atañe a la morbilidad, las causas de mortalidad, los factores de riesgo y otros determinantes, desglosados por edad, sexo, discapacidad y nivel socioeconómico, e informar sobre los progresos realizados en la ejecución de los planes de acción nacionales y la efectividad de las políticas y estrategias nacionales, coordinando los informes de los países con los análisis mundiales.

f) Asignación presupuestaria: Aumentar y priorizar las asignaciones presupuestarias a los sistemas de vigilancia y seguimiento para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (41).

Aunque el Plan de Acción Mundial para la prevención y el Control de las ENT es una labor voluntaria que apunta a políticas gubernamentales, la vigilancia epidemiológica del Cáncer, y más específicamente del Cáncer Bucal, debe iniciarse dentro del nivel local, en cada uno de los servicios donde se generen los datos que pasarán a conformar la red regional y luego nacional. El concepto de vigilancia epidemiológica desde el punto de vista clínico debe traducirse en actividades concretas, más aún cuando esas actividades ya se ejecutan y sólo deben optimizarse, como las que se llevan a cabo en el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela (UCV).

10.- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (VE).

10.1.- Concepto de Vigilancia Epidemiológica.

La Vigilancia Epidemiológica, según la definió Alexandre Langmuir en 1963, es “La observación continua de la distribución y tendencias de la incidencia de las enfermedades mediante la recolección sistemática, compilación y evaluación de informes de morbilidad y mortalidad, así como de otros datos relevantes y la diseminación de esas informaciones a los que necesitan conocerlas” (45).

En el aspecto individual y clínico, el término vigilancia implica un estado de alerta responsable, con observaciones sistemáticas, tomando las acciones

que correspondan en cada caso, cuando están indicadas (Manual de Vigilancia Epidemiológica, Jorge D. Lemus, Clovis H. Tigre, Patricia L. Ruiz, Norberto Dachs. OPS / OMS / Fundación W.K. Kellogg, 1996) (13).

En la esfera correspondiente a la población, el concepto recibe el nombre de Vigilancia Epidemiológica y fue introducido inicialmente en 1955 por el Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, en reemplazo de “inteligencia epidemiológica”, y definido como el conjunto de actividades que permite reunir la información indispensable para conocer en todo momento la conducta o historia natural de la enfermedad (o los problemas, o eventos de salud), detectar o prevenir cualquier cambio que pueda ocurrir por alteraciones de factores condicionantes, con el fin de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, las medidas indicadas, eficientes, que lleven a la prevención y el control de la enfermedad o de los problemas de salud (Manual de Vigilancia Epidemiológica, Jorge D. Lemus, Clovis H. Tigre, Patricia L. Ruiz, Norberto Dachs. OPS / OMS / Fundación W.K. Kellogg, 1996) (13).

La utilización oportuna, sistemática y periódica de los datos, con el objeto de conocer la distribución de las enfermedades y de los factores que afectan directa o indirectamente la salud de las poblaciones humanas o animales, constituyen la Vigilancia Epidemiológica (VE). Cuando analizamos los datos obtenidos en forma permanente y postulamos hipótesis, estaríamos concretando un primer paso en la investigación que, seguida de la comprobación de la hipótesis mas la toma de decisiones basada en el nuevo conocimiento, completaría el proceso de VE. La VE es el análisis e interpretación sistemático y oportuno de los datos, y la difusión de los resultados y recomendaciones, que permiten observar todos los aspectos de la enfermedad mediante el registro y notificación de los hechos a fin de introducir cambios para sugerir mejoras en el proceso de diagnóstico, tratamiento y/o disminución de los factores de riesgo (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE): Manual de Normas y Procedimientos. Ministerio de Salud. República Argentina, Buenos Aires, 2000) (14).

Los sistemas de vigilancia pueden ser considerados como ciclos de información que involucran la participación de los proveedores de servicios de atención en salud, las instituciones en salud pública, y la población. El ciclo se inicia cuando los casos son reportados por los profesionales de la salud a las instituciones de salud pública. El ciclo se completa cuando la información es confiada a los responsables de la prevención y control de las enfermedades y a todos aquellos que “necesitan saber” (44).

10.2.- Objetivos de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica.

El propósito de la vigilancia es interpretar el patrón actual de las enfermedades y el potencial de ocurrencia de enfermedad en la población para ser efectivos en la investigación, el control y la prevención de la enfermedad en la población. Su uso nos permite conocer la historia natural de la enfermedad, su espectro clínico y epidemiología, la población en riesgo, cuándo y dónde ocurre, qué exposiciones o factores son críticos para su ocurrencia. Este conocimiento puede ayudar a implementar medidas de prevención y control (44).

El objetivo general de la VE es ofrecer orientación permanente a quienes tienen la responsabilidad de decidir sobre la ejecución de acciones de prevención y control de las enfermedades, facilitando para tal efecto información actualizada sobre la ocurrencia de las enfermedades, sus factores condicionantes y poblaciones definidas como “de riesgo” (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE): Manual de Normas y Procedimientos. Ministerio de Salud. República Argentina, Buenos Aires, 2000) (14).

De manera más particular, la VE plantea en cada caso varios objetivos específicos, como son:

- .- Actualizar de forma permanente el conocimiento del comportamiento de las enfermedades en un país, región o localidad.
- .- Establecer la susceptibilidad y el riesgo de la población a las enfermedades bajo vigilancia

- .- Plantear las medidas de control adecuadas a cada nivel de resolución y evaluar su impacto
- .- Apoyar la planificación y prestación de los servicios de salud
- .- Determinar necesidades de investigación en salud (14).

La Vigilancia Epidemiológica no es más que una de las aplicaciones del método epidemiológico y de un conjunto de técnicas y estudios en la práctica rutinaria de los servicios de salud y pasó a ser definida como **información para la acción**, un proceso integral de conocimiento de la situación sanitaria, indispensable para la optimización de las acciones en salud, incrementándose más sus relaciones con los sistemas de información y, por su propio carácter de elemento básico en la descripción y análisis de la situación de salud, un elemento imprescindible en el planeamiento y programación local e institucional. Si bien su objetivo sigue relacionado con la enfermedad, amplía su campo hacia el conjunto de las determinaciones de los procesos, de una manera más integrada e integral (14).

Las fuentes de información para la vigilancia son diversas: registros de mortalidad y morbilidad, reporte de epidemias, informes de laboratorio, informes de investigaciones de casos individuales, encuestas especiales, información sobre reservorios y vectores, datos demográficos y ambientales e información de fuentes no oficiales (44).

10.3.- Características de un Sistema de Vigilancia óptimo:

- .- Validez. La validez es el grado en que una condición observada refleja la situación real. Los siguientes componentes forman parte del concepto de validez, y deben incluirse en cualquier programa de VE.
- .- Sensibilidad. Consiste en identificar correctamente a aquellos sujetos que han padecido la enfermedad que se desea vigilar
- .- Especificidad. Es la probabilidad de identificar correctamente a los sujetos que no han sufrido de la patología en estudio

.- Debe ser oportuno. La información recolectada debe estar disponible en el momento preciso, ya que las medidas de acción que se planifiquen deben tomarse basadas en datos actualizados

.- Debe ser íntegro, en el sentido de contener todos los datos y variables necesarias para cumplir con la finalidad de la VE (Por eso el sistema sugerido para el Servicio de Clínica Estomatológica incluye una exhaustiva historia clínica donde se especifique paso a paso la evolución del paciente)

.- Debe ser comparable. Es decir, debe permitir la confrontación actual, pasada y su proyección a futuro, con los mismos datos que dieron origen al sistema, y con los datos de otros de otros servicios locales, regionales, nacionales e internacionales (13, 14, 15)

10.4.- Actividades del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

Las actividades fundamentales de la VE son:

- 1.- Recolección y registro de datos
 - 2.- Procesamiento, análisis e interpretación de los datos
 - 3.- Difusión de conclusiones o recomendaciones acerca de cada entidad
- (14).

La recolección se realiza mediante sistemas pasivos como la notificación obligatoria de casos y mediante sistemas activos de vigilancia centinela (44).

El análisis de los datos permite identificar los cambios de la incidencia y riesgo de enfermar si se compara con los patrones de la ocurrencia de las enfermedades en un espacio geográfico y en un tiempo determinado. Esta información sólo es posible mediante un proceso continuo y sistemático de la consolidación y análisis de los datos de vigilancia (44).

Un componente esencial de la vigilancia es la diseminación de los datos. Es necesario enviar los resultados a todas las instituciones que envían o deben enviar informes y a todas las instituciones que necesiten la información para tomar decisiones, incluyendo a los profesionales de la salud y el público (44).

Estas actividades complementarias servirán para mejorar sistemáticamente la calidad, pertinencia y representatividad de los datos obtenidos en las investigaciones que de esos datos se desprendan (14).

En general, los SVE son instaurados en los distintos niveles de atención sanitaria para monitorear principalmente enfermedades transmisibles de un individuo a otro, o que pudieran llegar a representar un riesgo epidémico en un momento dado, si se exacerbara el contagio. Pero la Organización Mundial de la Salud recomienda vigilar todas las enfermedades que representan un problema de salud pública, y que pudieran ser prevenibles si se estableciera la vigilancia y se reportaran medidas de prevención, así como el control de la morbilidad y mortalidad de la enfermedad una vez diagnosticada (16, 41).

La OMS, así mismo, señala que algunos de los aspectos más relevantes a ser considerados cuando se seleccionan enfermedades o problemas de salud que se desean vigilar, se obtienen al responder las siguientes preguntas:

.- ¿Tiene la enfermedad repercusiones graves para el país? En términos de magnitud, profundidad y extensión del daño expresado en morbilidad, incapacidad y mortalidad?

.- ¿Tiene la enfermedad un potencial epidémico o representa una amenaza a la salud pública del país?

.- ¿La enfermedad a vigilar es objeto de una meta o programa de control o erradicación específico del país, de una región o ámbito internacional? (17).

Cabe destacar de nuevo que la OMS propone, de acuerdo a la legislación y particularidad de cada país integrar la vigilancia en los sistemas nacionales de información sanitaria y reunir periódicamente datos sobre los factores de riesgo comportamentales y metabólicos (uso nocivo del alcohol, inactividad física, consumo de tabaco, dieta malsana, sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial, aumento de la glicemia, e hiperlipidemia), de forma desglosada, para seguir de cerca su evolución y evaluar los progresos logrados para reducir las desigualdades (41).

El Cáncer es una de las enfermedades no transmisibles sujeto de ser vigilada y notificada.

El producto de un SVE no es un indicador en sí mismo, sino el cambio logrado en la situación de salud con relación al problema vigilado. La vigilancia debe proporcionar información continua y acumulada sobre la situación de salud de la población y los factores que en ella influyen. Esa información debe servir de base para las decisiones, definiendo y llevando a cabo las acciones de acuerdo a los recursos disponibles, lo que implica que existen diferentes niveles de intervención según la complejidad del problema y, por tanto, la responsabilidad de su ejecución podrá ser a nivel local o de otras instancias a niveles superiores (17).

10.5.- Niveles del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

Una vez que se decide instaurar una política de VE en un servicio de salud, debe tomarse en cuenta que los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica actúan a distintos niveles, cada cual como parte de una categoría que se complementa con las demás, para lograr los objetivos planteados. De manera global, se definen los siguientes niveles: local, regional y nacional. Cada una de estas instancias procesa los datos obtenidos según la finalidad requerida y según sus recursos (14).

El nivel local, que es el que se propone en este trabajo con respecto al Servicio de Clínica Estomatológica, está constituido por los miembros del equipo de salud que están en contacto directo con la población. En el nivel local se realiza el análisis correspondiente, mientras que la información que llega a nivel nacional debe ser consolidada, analizada e interpretada con fines de conocimiento para el país y reajustar las políticas a implementar. La idea es implementar el nivel local de VE, y proponerlo a otros servicios similares con el objeto de iniciar la red desde el nivel más básico. El nivel intermedio (regional o departamental), engloba a varios niveles locales, por estados o provincias. El nivel nacional está estructurado en el Ministerio de Salud de cada país, habitualmente como Dirección de Epidemiología.

El nivel central o nacional recibe la información de los niveles regionales, la consolida, analiza, y la envía a los organismos internacionales para conformar las estadísticas de cada enfermedad en cada país. Debe haber un doble flujo de información desde el nivel local hasta el central para su consolidación y procesamiento y de regreso al nivel local para su conocimiento y comparabilidad con otros lugares (14, 17).

Todos los niveles de VE deben recolectar y notificar los datos. La correcta identificación, diagnóstico e investigación de los casos son determinantes en la calidad de la información.

Uno de los grandes inconvenientes que a menudo se presenta en la implementación de los SVE es la derivación de la información, el análisis, y la devolución de los resultados. En tal sentido, se propone que cada nivel pueda analizar la información correspondiente al mismo, para ello el nivel local no sólo debe recolectar la información sino que debería disponer de herramientas que le permitan efectuar una correcta tabulación y análisis de la misma, a fin de seleccionar prioridades y cumplir con el verdadero postulado práctico de la VE que es "INFORMACIÓN PARA LA ACCIÓN". En tal sentido, el hecho de almacenar toda la información recaudada en un servidor ISP (Internet Service Provider), permitiría a cada uno de los restantes niveles servirse de la información que requiera, siempre bajo autorización de cada servicio y permisos limitados. De esta manera, cada servicio que inicie un SVE local, podrá a su vez conformar en conjunto SVE regionales. El conglomerado de información regional, a su vez, podría ir construyendo el sistema de datos del nivel central, y así obtener un SVE formal, con información veraz, provista por todos los niveles efectores (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE): Manual de Normas y Procedimientos. Ministerio de Salud. República Argentina, Buenos Aires, 2000) (14).

De esta manera, cada servicio usa sus propios datos para producir investigación y ejercer conductas y a su vez tendría información general de los datos analizados y de los resultados analizados en otras instituciones, o jurisdicciones, o a nivel central. Si todos los datos se almacenan en el mismo

ISP, todo aquel que requiera los datos, podrá obtenerlos rápidamente con sólo estar autorizado para su uso y respetando las individualidades, dado que los datos específicos de cada institución los manejará únicamente esa institución y quedarán a disposición de los otros niveles aquellos que han sido ya reportados como resultado de las investigaciones y que formarían parte del SVE regional o central (14).

10.6.- Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

La finalidad general del proceso de evaluación es verificar el cumplimiento de los objetivos y cerciorarse que tanto la recolección de datos como su reporte, son confiables y oportunos. Una vez que un SVE se crea y comienza a funcionar, sus objetivos, atributos y propósitos deben ser evaluados con el fin de verificar su funcionamiento correcto. La evaluación de un SVE debe ser constante y dirigida a mantener o mejorar la calidad del mismo. A continuación se presentan los aspectos relevantes a cumplir en el proceso de evaluación de un SVE. Estos son:

a) Objetivos del sistema. Se debe verificar si los objetivos propuestos inicialmente se están cumpliendo y en caso negativo, identificar las causas. Las pruebas piloto y el monitoreo del SVE servirán también para redefinir objetivos en caso de que esto sea necesario. Revisar las definiciones operativas.

b) Identificación de fortalezas y debilidades. Un diagrama de flujo del sistema desde la recolección inicial de datos hasta la diseminación de los mismos es de gran utilidad para identificar fortalezas y debilidades del proceso, con el fin de optimizarlas o modificarlas.

c) Finalmente, la descripción de los componentes y operación del SVE se pueden completar respondiendo las siguientes preguntas:

Cuál es la población evaluada?

* ¿Cuánto demora la recolección de datos?

* ¿Qué información se recoge?

- * ¿Quién provee la información?
- * ¿Cómo se transfieren los datos?
- * ¿Cómo se guardan?
- * ¿Quién los analiza?
- * ¿Cómo y con qué frecuencia se realiza este análisis?
- * ¿Con qué frecuencia se efectúa la diseminación de datos?
- * ¿Quién recibe la información?
- * ¿Cómo se distribuyen los informes?

Se espera también que las conclusiones alcanzadas con el SVE lleven a modificaciones en las prácticas institucionales (1).

El sistema debe ser evaluado periódicamente para asegurar que se está cumpliendo con sus objetivos y su puede mejorar su operación. A la hora de evaluar su utilidad, debemos tomar en cuenta sus limitaciones más frecuentes: la sub-notificación, la inconsistencia numérica, la falta de representatividad las demoras, y la falta de continuidad de la información (44).

10.6.1.- Evaluación de los atributos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica:

a) Simplicidad. Se trata de identificar la cantidad, calidad y confiabilidad de las fuentes de información, estructura, operación, colaboración y coordinación entre las fuentes e identificación de las dificultades y bondades del Grupo de Trabajo o Comité Técnico. Se deben tener en cuenta los siguientes criterios:

b) Flexibilidad. La flexibilidad se relaciona con la simplicidad. Su evaluación debe identificar la facilidad de adaptación a modificaciones operativas o estructurales, o a la necesidad de responder a situaciones o riesgos nuevos. La flexibilidad se mide a través del efecto que tengan cambios conceptuales u operacionales en los otros atributos.

c) Aceptabilidad. La aceptabilidad de un SVE se mide por el compromiso de los grupos de trabajo y las instituciones que representan, así como su interacción en el funcionamiento del SVE. Ello se refleja en la calidad de los datos y depende de cómo se recolectan estos.

Por ejemplo, no se puede esperar que el personal médico llene formularios extensos en un servicio de urgencias dadas las características del mismo y la naturaleza del trabajo que allí se hace. La recolección de información extensa no es aceptable.

La evaluación de los objetivos y la relevancia de un problema hacen que la aceptabilidad del mismo varíe. Con el tiempo, la recolección de información se torna rutinaria y puede llevar a una disminución del interés tanto por parte de quienes suministran los datos, como de quienes los codifican y reportan. Es necesario reconocer el trabajo de instituciones e individuos así como ser sensible a las críticas internas y externas. De hecho, es este proceso de crítica y autocrítica, lo que permitirá que el SVE mejore su calidad.

d) Sensibilidad. La VE no es un método de clasificación final de casos o eventos y por ello su sensibilidad varía según la calidad de datos que procesa y según se definan los mismos. Una fuente originaria o primaria, es usualmente la que proporciona datos a un SVE. La sensibilidad puede disminuir si los casos se definen de manera equivocada o si durante el proceso de recolección y transmisión de los datos se pierde información o se recolecta de manera incompleta. Debido a que la información puede cambiar con el tiempo en una fuente primaria es posible encontrar discrepancias de la fuente primaria con el SVE debido a que la información se recolectó en un período en que con relación a un hecho, no había datos suficientes. A causa de estas diferencias temporales o en otros casos por existir diversos criterios para la definición de casos, se encontrarán discrepancias en los datos.

Aún si un SVE no tiene sensibilidad excelente, su uso puede ser adecuado para evaluar tendencias, asegurándose previamente que la sensibilidad del sistema no cambie con el tiempo. Los cambios en la sensibilidad de un SVE pueden deberse a nuevas maneras de definir un caso o a mayor concientización sobre un problema específico.

Es importante tener en cuenta que cambios en la sensibilidad debidos a variaciones en la definición, recolección o reporte de datos producirán cambios

artificiales en el SVE asociados a variaciones en el procesamiento y manejo de la información.

e) Valor predictivo positivo. Una vez definido un problema e identificadas las variables que proporcionan datos al respecto, se procederá a determinar la confiabilidad de los mismos. El cálculo del valor predictivo positivo es una medida de la confiabilidad de los datos. Si hay criterios diagnósticos laxos el problema en estudio puede sobreestimarse, pues se seleccionarán más sujetos como casos cuando en realidad estos no lo son. Un bajo valor predictivo positivo (VPP), indica que muchos casos “aparentes” se están estudiando y por ende se están invirtiendo esfuerzos excesivos en situaciones que no lo ameritan. El VPP está relacionado con la claridad y especificidad de las definiciones de casos. El VPP también se relaciona con algunas características de la población en estudio, particularmente con la prevalencia de un problema. Hay eventos que por sus características ocurren en raras ocasiones. El mayor determinante del VPP en estos casos es la prevalencia del problema en la población en estudio.

f) Representatividad. Las características de un evento con relación a tiempo, espacio, persona y grado de descripción del evento pueden mejorar la calidad de la información. Una completa recolección de datos implica en determinados casos, la recolección de más información. Este atributo se debe contrapesar con la sencillez. Dependiendo del grado de descripción que se quiera de un evento, se decidirá la cantidad de información. Una manera de verificar si los datos del SVE representan a toda la población, se puede hacer a través de encuestas que recojan variables similares a las del sistema o a través de la comparación del SVE. La representatividad del SVE también se ve reflejada en la sensibilidad del sistema con otras fuentes de información. Si las proporciones o características de la población reportada son similares se acepta que el SVE tiene buena representatividad.

g) Oportunidad. En algunos casos, los procesos legales o burocráticos pueden retrasar la recepción o transmisión de los datos. De nuevo, la simplicidad, flexibilidad y aceptabilidad del SVE juegan un papel primordial en la recolección oportuna, transmisión y reporte de la información (1).

En este sentido, el SVE local propuesto para el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV, permitiría no sólo tabular y difundir los resultados, sino generar en base a los datos obtenidos conductas, acciones y posiciones institucionales, además de sustentar investigaciones con respecto al Cáncer bucal aplicables a las características e idiosincrasia venezolanas, evitando la necesidad de transpolar medidas terapéuticas o de prevención a partir de datos foráneos, sino más bien creando estas medidas a partir de nuestra realidad.

11.- OPERACIONALIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS.

La operacionalización de los objetivos permite establecer claramente el tipo de información que se necesita para el logro de esos objetivos (7).

La operacionalización de los objetivos consistió en formalizar la intención planteada en el trabajo, conservando 4 características que responden a los requisitos de:

- 1.- Ejecución de tareas factibles destinadas para lo que se está planteando
- 2.- Observación calibrada para que más de una persona pueda comprobar lo que se ha ejecutado
- 3.- La ejecución debe poder ser comparada con una escala de evaluación, o debe estar acompañada de algún criterio referente a la ejecución, debe considerar si el resultado de la ejecución es satisfactorio o no
- 4.- Adecuación al entorno o situación estudiado (7).

Así, en este estudio la operacionalización de los Objetivos 5.1 y 5.2 ya se cumplieron durante la recolección de los datos de pacientes diagnosticados con algún tipo de Cáncer bucal en un archivo Excel para el período planteado (2007-2015), y la revisión de los conceptos oncológicos y de vigilancia de las enfermedades no transmisibles de acuerdo con parámetros y acuerdos universales.

A continuación se describen las variables obtenidas, en cumplimiento con el Objetivo 5.3. Los datos obtenidos a partir de las historias clínicas de los casos diagnosticados con algún tipo de Cáncer bucal en el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela entre enero de 2007 y diciembre de 2015, fueron registrados en un archivo Excel. Todos los casos tomados en cuenta para el estudio fueron cotejados con el cuaderno de registro manual del Servicio de Clínica Estomatológica y el del Servicio de Histopatología Bucal, ya que un caso de Cáncer se confirma sólo si se obtiene el diagnóstico anatomopatológico.

Como en este estudio no se pretendía interrelacionar las variables entre sí, sino explorarlas luego de ordenarlas para observarlas, se describen a continuación:

11.1.- Caracterización de las Variables (Objetivo 5.3).

11.1.1.- Distribución de pacientes diagnosticados con Cáncer Bucal según sus Diagnósticos Definitivos

En total se diagnosticaron 106 pacientes, según se muestra en el cuadro N° 1:

DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS	Nº PACIENTES
Ca Mucoepidermoide	6
Linfomas	4
Ca de Células Escamosas bien diferenciado	35
Ca de Células Escamosas no específica grado de diferenciación	2
Ca de Células Escamosas moderadamente diferenciado	19
Ca Adenoideo Quístico	3
Ca Verrugoso	4
Ca de Células Escamosas superficialmente invasivo	10
Carcinoma de Células Escamosas de bajo grado	1
Carcinoma Odontogénico de células claras	1
Osteosarcoma	3
Osteoblastoma	1
Melanoma	2
Ca in situ	1
Ca de Células Escamosas pobremente diferenciado	2

Adenocarcinoma NOS	1
Carcinoma Ameloblástico vs. Carcinoma metastásico con presencia de células ahusadas	1
Carcinoma de Células fusiformes con componente de células claras	1
Sarcoma de Kaposi	1
Leucoplasia verrugosa proliferativa + áreas de Ca de Células Escamosas	1
Tumor maligno de alto grado	1
Carcinoma de Células Escamosas no queratinizante	2
Carcinoma de Células Escamosas queratinizante	2
Ca de Células Escamosas moderadamente diferenciado + Histoplasmosis y Paracoccidioidomicosis	1
Tumor metastásico de mama	1

11.1.2.- Distribución por año de pacientes diagnosticados con Cáncer Bucal:

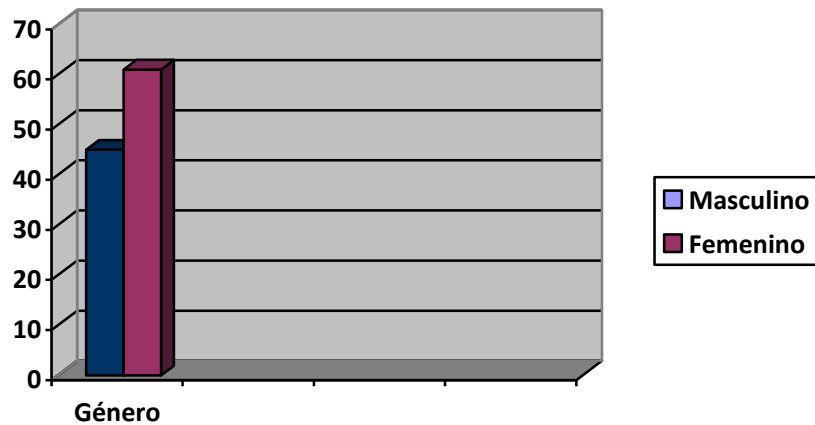
Cuadro N° 2:

AÑO	Nº PACIENTES
2007	13
2008	13
2009	18
2010	8
2011	8
2012	17
2013	6
2014	7
2015	16
TOTAL:	106

11.1.3.- Distribución de pacientes diagnosticados con Cáncer Bucal según el género.

De los 106 pacientes diagnosticados con alguna enfermedad bucal en el período enero 2007 a diciembre 2008, 45 correspondían al género masculino y 61 al género femenino.

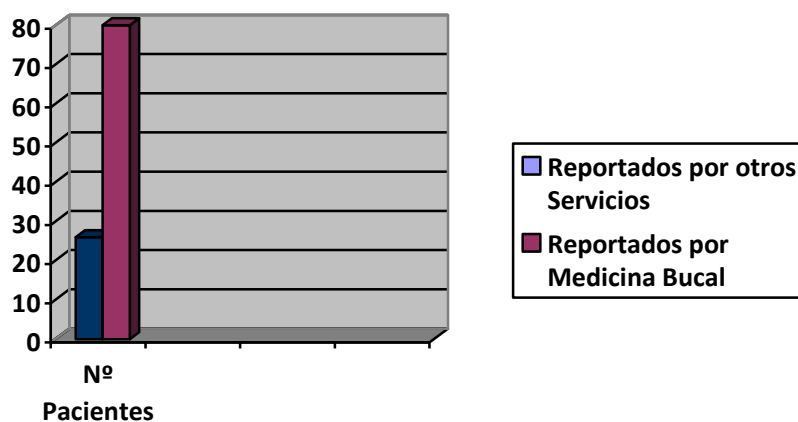
Gráfico N° 8:



11.1.4.- Distribución de pacientes según si fueron reportados por el Servicio de Medicina Bucal o si fueron abordados en otro Servicio.

De los 106 pacientes diagnosticados con alguna enfermedad maligna de cavidad bucal en el período enero 2007 a diciembre 2015, 26 fueron abordados por otros Servicios y 80 fueron abordados en el Servicio de Medicina Estomatológica de la Facultad de Odontología UCV, como muestra el Gráfico N° 9.

Gráfico N° 9:



11.1.5.- Distribución de pacientes según los datos disponibles en las HC, el registro manual y la consulta en el Servicio de Clínica Estomatológica.

Cuadro N° 3:

	SÍ	NO	APARENTEMENTE
HC	49	57	X
Registro Manual	45	61	X
Consulta con Medicina Bucal	64	26	16

11.1.6.- Distribución de pacientes según localización anatómica de las de las lesiones.

De 106 pacientes diagnosticados con alguna enfermedad maligna de cavidad bucal, sólo se conoce la localización anatómica de 65 de ellos, registrada en alguno de los documentos disponibles: el registro manual, la HC y/o el informe anatomopatológico.

Cuadro N° 4:

Localización	Número de pacientes
Paladar Blando	1
Paladar duro	12
Reborde alveolar superior	5
Reborde alveolar inferior	5
Reborde residual superior	1
Reborde residual inferior	2
Trígono retromolar y pilar amigdalino	1
Mandíbula	1
Piso de boca	4
Lengua y piso de boca	3
Lengua	24
Carrillo	1
Carrillo y reborde inferior	1
Labio inferior	3
Mucosa bucal	1
Total:	65

12.- ANÁLISIS DE LAS VARIABLES

En concordancia con los conceptos estudiados, que dictan que la Vigilancia Epidemiológica se define como “La recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud en la población” (1) y que el análisis de los datos producidos proporciona bases para la toma de decisiones, se destacan varios puntos acerca de la realidad explorada en el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela.

En primer lugar, los acuerdos internacionales llaman la atención a involucrarse en la solicitud realizada por la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS en 2013, en cuanto a formalizar la vigilancia de las enfermedades no transmisibles, entre las que, por supuesto se encuentra el Cáncer.

Los 106 pacientes diagnosticados con Cáncer bucal en los 9 años reportados en este estudio, indican que en promedio, a la Facultad de Odontología de la UCV acude un paciente mensual portador de Cáncer Bucal (Ver Cuadro N° 1 y N° 2, págs. 60 y 61 respectivamente). Los pacientes y documentos tomados en cuenta para este estudio presentaron 25 diagnósticos malignos diferentes, tal y como se reporta a nivel mundial, el Carcinoma de Células Escamosas fue el más frecuente, con 74 de 106 casos estudiados (69,8%). El resto de los pacientes (30,1%) presentaron otras entidades malignas como linfoma, o melanoma (Ver cuadro N° 1 en la pág 60).

Uno de los casos fue reportado como “tumor maligno de alto grado”, que no es un diagnóstico en sí mismo, pero se reportó textualmente lo que cada informe histopatológico dictó.

Se tomaron en cuenta 9 años para este estudio, de 2007 al 2015, el año en el que se reportaron más casos (18 pacientes) fue el 2009, y el año en el que se reportaron menos pacientes fue el 2013 con 6 casos, sin que exista ningún factor correlacionable con la mayor o menor incidencia de casos por año.

Llama la atención que tal y como se grafica en el Cuadro N° 2, de haber atendido a 7 pacientes en 2014, y 6 en 2013, se haya duplicado la cifra con 16 casos en 2015. En 2014 la situación política de Venezuela obligó durante varias fechas a que no se pudiera acudir a los sitios de trabajo, por lo que podría atribuirse la disminución de pacientes a ese hecho. Pero en 2015, la atención de 16 pacientes en comparación con 6 en el 2013, nos hace pensar que la cifra de casos de Cáncer bucal va en ascenso, y no en descenso. Sin embargo, hace falta formalizar el sistema de vigilancia para poder hacer tales afirmaciones.

En cuanto al género, llama poderosamente la atención que la mayoría de los casos de Cáncer bucal confirmados histopatológicamente, que se tomaron en cuenta para este estudio, pertenecían al género femenino, de hecho, de los 106 casos estudiados, 61 (57,5) pertenecían al género femenino, y 45 (42,4%) pertenecían al género masculino (Gráfico N° 8, pág 61). Al contrario de los que reportan los estudios e instituciones a nivel mundial, que señalan que el Cáncer Bucal afecta a los hombres con más frecuencia que a las mujeres en una proporción que casi es de 2:1 con preferencia sobre el género masculino sobre el femenino en países Occidentales y de hasta 7:1 en países Orientales donde los hábitos particulares (masticar nuez de Betel, nuez de Areca y fumar Bidi) aumentan la ocurrencia de estas enfermedades en boca, en proporciones que alcanzan hasta un 7:1 en países de la India y algunos países asiáticos.

Ya que el Servicio de Clínica Estomatológica es la unidad académica y asistencial y de la Facultad de Odontología planificada estratégicamente para abordar a los pacientes con cualquier enfermedad o condición bucal, cabe inferir que todos los pacientes con enfermedades bucales que asistan a la facultad, deben acudir a ese Servicio, y una vez que los expertos en Medicina Bucal establezcan la conducta a seguir, se realizarán las interconsultas necesarias. En 2013 la Cátedra de Clínica Estomatológica envió una solicitud al Consejo de Facultad, donde se explicaba que era necesario que los pacientes tuvieran la oportunidad de ser examinados por tantas especialidades como lo amerite cada caso.

Esta solicitud fue aprobada y divulgada a través de la página web de la Facultad. (Comunicación Dec-149-13, 19 de Febrero de 2013, Anexo 1).

En el gráfico N° 9 y el Cuadro N° 3 (pág 62), se hace evidente que de los 106 pacientes con Cáncer bucal que acudieron a la Facultad de 2007 a 2015, 80 acudieron al Servicio de Clínica Estomatológica (75,4 %) y 26 (24,5%) fueron abordados por otros Servicios sin realizar la consulta razonablemente obligatoria por Medicina Bucal. Esto supone entonces un sub-registro de casos de prácticamente la 4ta parte de los pacientes que acuden al Centro de Referencia de enfermedades bucales que constituye el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV.

Adicionalmente, de los 80 casos que sí fueron abordados y tratados en el Servicio, 16 no completaron ni el registro manual, ni la HC, sino que los datos disponibles se basaron únicamente en lo que reporta el informe histopatológico (Cuadro N° 3, pág 62).

En cuanto a la localización anatómica de las lesiones malignas de cavidad bucal, de los 106 casos estudiados, sólo se conoce la localización anatómica de 65 (61,3%) de ellos, y en algunos casos sin mayores especificaciones que el sitio en el que se asentaba la lesión. Se desconoce la zona anatómica afectada en 41 casos (38,6%), ya que o no tienen HC, o no fue asentada la información en el cuaderno del Servicio, o en el informe histopatológico, por supuesto, no se tienen detalles clínicos de la lesión.

Sin embargo, se puede destacar que tal y como se reporta mundialmente, la zona bucal más afectada por el cáncer bucal según lo observado en este estudio fue la lengua, que representó el 36,9% de los casos cuyas localizaciones eran conocidas (24/65). No se tienen detalles acerca de qué parte de la lengua involucraba la lesión en todos los casos. El paladar duro constituyó el segundo sitio de asiento para lesiones malignas, con 12/65 casos (18,4%), al contrario de la mayoría de los reportes mundiales que ubican en segundo lugar de frecuencia al piso de la boca, que en el estudio representaron 7 casos en total (7/65= 10,7%), de los cuales 4 fueron reportados sólo como piso de boca y 3 como afectando lengua y piso de boca. (Cuadro N° 4, pág 63).

13.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como se señaló al iniciar este estudio, el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV, trabaja multidisciplinariamente con otras especialidades odontológicas, médicas y de laboratorio, para asegurar que los pacientes obtendrán de cada área la asistencia más eficaz para tratar su caso. En este servicio se reciben con frecuencia pacientes que presentan varias entidades concomitantes, o padecen enfermedades que suponen una alta morbilidad y mortalidad.

Ética y moralmente, es un compromiso asumir los retos profesionales con entusiasmo y haciendo uso de las herramientas disponibles para sacarles el mejor provecho en beneficio de los pacientes. Uno de esos retos es establecer parámetros de vigilancia epidemiológica del Cáncer bucal en el servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV. Esta iniciativa no se plantea como un proyecto individual, sino con el ánimo de sincronizar a la institución con la acción voluntaria que propuso en 2013 la OMS en 2013 con respecto a realizar la vigilancia, el control y seguimiento de las 4 enfermedades no transmisibles causantes de la mayoría de las muertes globalmente, como son el Cáncer, la hipertensión, la enfermedad cardiovascular y la Diabetes (ver referencia 41).

Este trabajo representa en sí mismo un manual para iniciar la vigilancia del Cáncer, una vez que se ha adelantado la digitalización de los datos de enero de 2007 hasta diciembre de 2015, y se ha cerrado este último quinquenio describiendo las acciones a tomar en cuenta para optimizar la vigilancia epidemiológica y el seguimiento de los pacientes con Cáncer bucal que ya se ha venido realizando. Los conceptos modernos de vigilancia epidemiológica dictan que “vigilar” no es sólo observar y describir, sino tomar acciones. Estas acciones, de paso van perfectamente alineadas con la misión, visión y objetivos de la Ilustre Universidad Central de Venezuela.

Tal y como lo plantea en su Asamblea general la OMS en 2013, se espera el acatamiento voluntario de las acciones pertinentes en cada país, para lograr el decrecimiento de las cifras de morbi-mortalidad por Cáncer (en este caso de cavidad bucal) para el 2020 que se planifican los próximos reportes de la OMS. El Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología es centro de referencia nacional de los pacientes con enfermedades bucales, incluidas las enfermedades malignas, así que constituye un nivel local de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica, en vista de que observa y reporta los datos directamente, ya que observa en primera persona a los pacientes que acuden con lesiones bucales.

En concordancia con todos los conceptos estudiados, la observación de los eventos institucionales y el análisis e interpretación resultado de este estudio, se concluyen los objetivos planteados recomendando las siguientes acciones en el futuro cercano:

.- Optimizar la recolección de datos con respecto a los pacientes de Cáncer Bucal digitalizando los datos más relevantes de cada paciente. El Servicio de Clínica Estomatológica dispone de una computadora, y felizmente cuenta con la asistencia de tres bachilleres preparadores cuyo concurso se acaba de aprobar en 2016. Si el promedio de pacientes con Cáncer bucal atendidos durante 9 años fue de 1 paciente al mes, no es una tarea difícil de realizar. Esta acción se propone adicionalmente al registro manual como se viene llevando a cabo, en un archivo Excel, que contenga los siguientes datos: Nombre y Apellido, Edad, Género, N° de HC, si es fumador o no, tipo de tabaquismo, cuántos cigarrillos consume al día, si consume bebidas alcohólicas o no, tipo y frecuencia, Diagnóstico provisional, Diagnóstico definitivo, N° de biopsia, teléfono del paciente y la última columna, de incidencias, donde se anoten las eventualidades que se vayan presentando.

.- Cuando un paciente sea diagnosticado con Cáncer bucal, completar una ficha que recopile datos adicionales con respecto al Cáncer que no se observan o preguntan en la HC convencional (Ver Anexo 1). Esta ficha deberá ser debidamente archivada en el Servicio, pues no siempre se dispone de la HC. Esta ficha servirá no sólo para optimizar la vigilancia de los pacientes con

Cáncer, sino que el paciente pasará a ser supervisado por la Institución y no por los bachilleres, residentes o docentes. De esta manera se espera brindarle al paciente un sistema de control bucal periódico a partir del momento en el que es diagnosticado, con el cual se busca disminuir el riesgo de que pasen desapercibidas nuevas lesiones, signos de recidiva o complicaciones que pudieran ser solventadas si se diagnostican precozmente. Cabe destacar que en el Servicio de Clínica Estomatológica existen fichas adicionales para los casos de patologías periodontales y entidades relacionadas con el uso de prótesis.

.- Establecer un sistema de control bimensual luego de que el paciente ha sido diagnosticado, durante el primer año, semestral a partir del segundo año, y anual a partir del 3er año a partir de la fecha de diagnóstico, hasta que se cumplan los 5 años de sobrevida, en cuyo caso se establecerán controles cada 5 años o cuando el paciente requiera alguna consulta.

.- Intervenir en caso de cualquier eventualidad durante los controles, ya sea mediante acciones tomadas en el mismo servicio o realizando tantas interconsultas como sean necesarias para abordar rápidamente cualquier condición adversa por la que consulte el paciente.

.- Publicar los resultados de esta Investigación y hacerle llegar este trabajo a los otros 3 centros de referencia nacional del Cáncer bucal en Caracas: Instituto Oncológico Luis Razetti, Hospital Padre Machado y Hospital Clínico Universitario, Servicio de Oncología

.- Mediante este trabajo se propone realizar estudios exploratorios con respecto al resto de las enfermedades que se abordan cotidianamente en el Servicio de Clínica estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV. Se sugiere agruparlas semiológicamente para establecer vigilancia de cada una de ellas, con los mismos fines y propósitos planteados en esta investigación.

15.- MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

1.- Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de lesiones; www.paho.org/spanish/AD/DPC/NC/guidelines

2.- www.cancer.org American Cancer Society web page, Last Revised: 08/05/2014

3.- Tulio A. Ramírez C. Cómo hacer un proyecto de investigación, 4ta Edición, Editado por el autor

4.- Selltiz y Jhaoda; 1977,67. Los métodos de investigación en las ciencias sociales. Edit. Rialp, Madrid

5.- Tinoco Mora Zahira, Sáenz Campos Desireé. Investigación Científica: Protocolos de Investigación. Fármacos 1999, vol 12, N° 1: 78-101, Costa Rica

6.- Fidias Arias, "El proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. 6ta Edic. Editorial Epísteme, 2012

7.- Susana López Ulloa bondades y limitaciones de la operacionalización de los objetivos en los programas educativos o de intervención social. Revista de Psicología vol XIII, nº001, 2004, Santiago de Chile, pp 57/72

8.- Steven T. Rosen MD, Head and Neck Cancer Series Editor. Northwestern University Medical School. Kluwer Academic Publishers 2010

9.- Forastiere A, Koch W, Trotti A, Sidransky D. Head and neck cáncer. N ENGL J Med 2001; 345: 1890

10.- Cooper MP, Jovanovic A, Nauta JJ, et al. Role of Genetic Factors in the etiology of squamous cell carcinoma of the head and neck. Arch Otolaryngol Head and Neck Surg 1995; 121:157-60) (Foulkes WD, Brunet JS, Sieh W,,

Black MJ, Shenouda G, Narod SA. Familial risks of squamous cell carcinoma of the head and neck: retrospective case-control study. *BMJ* 1996; 313: 716-21

11.- Trizna Z, Schantz SP. Hereditary and environmental factors associated with risk and progression of head and neck cancer. *Otolaryngol Clin North Am* 1992; 25: 1089.103

12.- José Félix Oletta, Ana Carvajal, Saúl Peña. *Alerta Epidemiológica*, N° 194 (número especial). 2 de julio de 2011. Red de sociedades Médicas Científicas venezolanas. Comisión de Epidemiología. "Cáncer: un problema de salud en Venezuela con datos epidemiológicos retrasados"

13.- Manual de Vigilancia Epidemiológica, Jorge D. Lemus, Clovis H. Tigre, Patricia L. Ruiz, Norberto Dachs. OPS / OMS / Fundación W.K. Kellogg, 1996

14.- Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE): Manual de Normas y Procedimientos. Ministerio de Salud. República Argentina, Buenos Aires, 2000

15.- Acciones integradas en los sistemas locales de salud: análisis conceptual y apreciación de programas seleccionados en América Latina. Cuaderno Técnico No. 31, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1990. También publicado en portugués por la Biblioteca Pioneira de Administración a Negócios-PROAHSA, São Paulo, 1990

16.- Alan Dever, G.E. Epidemiología y administración de servicios de salud. OPS/OMS, 1991

17.- Isabel Méndez Navas. Marco teórico de la vigilancia epidemiológica y de la evaluación del sistema. 2007. Página web de la OMS

18.- Oswaldo Salaverry. La etimología del Cáncer y su curioso curso histórico. *Rev. Per. Med. Exp. Salud pública*, vol 30 N° 1. Lima, Perú, 2013

- 19.- Acha A, Ruesga M, Rodríguez M, Martínez De Pancorbo M, Aguirre J. Applications of the bucal scraped (exfoliative) cytology in bucal Cancer and precancer. *Med Bucal Patol Bucal Cir Bucal* (2005); 10:95-102
- 21.- Mehrotra R, Gupta A, Singh Mand Ibrahim R. Application of cytology and molecular biology in diagnosing premalignant or malignant bucal lesions. *Molecular Cancer* (2006) 5:11.
- 22.- Silverman S,Jr. Demographics and occurrence of bucal and pharyngeal cancers. The outcomes, the trends, the challenge. *J.Am.Dent.Assoc.* (2001) Nov; 132 Suppl: 7S-11S.
- 23.- Burzynski NJ, Flynn MB, Faller NM, Ragsdale TL. Squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract in patients 40 years of age and younger. *Bucal Surg.Bucal Med.Bucal Pathol.* (1992) Sep; 74(3):404-8.
- 24.- Hindle I, Nally F. Bucal cancer: a comparative study between 1962-67 and 1980-84 in England and Wales. *Br.Dent.J.* (1991) Jan; 170(1):15-20.
- 25.- Mackenzie J, Ah-See K, Thakker N, Sloan P, Maran AG, Birch J, et al. Increasing incidence of bucal cancer amongst young persons: what is the aetiology? *Bucal Oncol.* (2000) Jul; 36(4):387-9
- 26.- Sarkaria JN, Harari PM. Bucal tongue cancer in young adults less than 40 years of age: rationale for aggressive therapy. *Head Neck* (1994) Mar-Apr; 16(2):107-11.
- 27.- McGregor AD, Rennie JS. Intra-bucal squamous cell carcinoma in patients under 40 years of age. A report of 13 cases and review of the literature. *Br.J.Plast.Surg.* (1987) May; 40(3):270-3.
- 28.- Sankaranarayanan R, et al. Head and neck cancer: a global perspective on epidemiology and prognosis. *Unit of Descriptive Epidemiology International*

Agency for Research on Cancer. 150 Lyon, France. Anticancer Research 1998, 18 (6-B): 4779-4786 (PMID:9891557).

29.- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2005; **55**: 74–108

30.- Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun M. Cancer Statistics, 2007. *CA Cancer J Clin* 2007; 57: 43–66

31.- Jemal A, Siegel R, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin* 2002; 52: 23–47

32.- Snowden C, Miller T, Jensen A, Lawrence B. Costs of medically treated craniofacial conditions. *Public Health Rep* 2003; 118: 10–7

33.- Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005; 83: 661–9.

34.- Bosetti C, Malvezzi M, Chatenoud L, Negri E, Levi FLA, Vecchia C. Trends in cancer mortality in the Americas, 1970–2000. *Ann Oncol* 2005; 16: 489–511.

35.- Stewart BW, Kleihues P, editors. World Health Organization. World cancer report. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2003;17: 175–8.

36.- Petersen P. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 3–24.

37.- World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Available at: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online> (accessed on 6 September, 2009).

38.- Burt A, Eklund S. Dentistry, dental practice and the community, 6th edn. St. Louis: Elsevier Saunders, 2005; 294–304.

39.- Avraham Zini, Rakelet Czeminski & Harold D. Sgan-Cohen. Oral Cancer over four decades: Epidemiology, trends, histology and survival by anatomical site. J Oral Path Med, vol 39, Issue 4, pages 299-305, April 2010

40.- World Health Organization. *Global facts on tobacco or oral health. Fact sheet*. Geneva, WHO; 2005

41.- Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Resolución 66/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Versión 15 de marzo de 2013

http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf

42.- Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. CA Cancer J Clin 2016; 66:7.

43.- Manual de Epidemiología OPS-OMS 2009

44.- Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela. Comisión de Epidemiología, Alerta Epidemiológica N° 140, 2010

45.- Langmuir AD. The surveillance of communicable diseases of national importance. N Engl J Med 1963; 268: 182-192.

46.- Vallebuona S Clelia, Bertrán V M, Morga Ana, Bassay Luz, Goycolea Mario: Norma Técnica N° 72 sobre registros poblacionales de Cáncer, Chile, 7 de diciembre de 2004, Resolución exenta N° 1121, Ministerio de Salud de Chile.

47.- Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC)
<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. <http://www.infocancer.org.mx/globocan-2012-con776i0.html#sthash.eO1jMhtJ.dpuf>

48.- D Forman, F. Bray, D H. Brewster C. Gomble Mbalawa, B. Kohler, M. Piñeros, E. Steliarova-Fourcher, R. Swamimathan and J Ferlay (Editors). Cancer Incidence in Five Continents. Vol X. IARC Scientific publication N° 164. 2014.

49.- <http://www.oralcancerfoundation.org>

50.- Cormen, T. H., Leiserson, C. E., Rivest, R. L. y Stein, C. Introduction to Algorithms (2nd ed.), 2014

51.- Tumores de Cabeza y Cuello. Un enfoque práctico. Esteban Garriga García, Edgar Brito Arreaza. 2004. 1era Edic. Versión digital.