



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
Escuela de Bibliotecología y Archivología**

Proyecto de grupo (CDCH-MINCYT N° 367-2024):

Gestión de la transformación digital de los datos del Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV, con énfasis en el cáncer bucal.

Autoras: Prof. Blanco Diomara
Prof. Casbarro A Romy
Prof. Mujica Valentina
Prof. Tovar Lorena

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| Resumen | 3 |
| Summary | 4 |
| Introducción | 5 |
| CAPITULO I: EL PROBLEMA | 6 |
| 1.1. Planteamiento del Problema | 6 |
| 1.2. Justificación y/o importancia de la investigación | 8 |
| 1.3 Objetivos de la Investigación | 9 |
| CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO | 10 |
| 2.1. Tipo y Diseño de la Investigación | 10 |
| 2.2. Tratamiento estadístico de los datos | 11 |
| 2.3. Aspectos bioéticos de la Investigación | 11 |
| CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO | 12 |
| 3.1. Antecedentes de la Investigación | 12 |
| 3.2. Aspectos teóricos que sustentan la investigación | 14 |
| 3.2.1. Generalidades de la gestión operativa como parte del proceso organizacional para la transformación digital de los datos del Servicio de Clínica Estomatológica | 14 |
| 3.2.2. Importancia de la Archivística Médica | 17 |
| 3.2.3. Historia de la Cátedra y Servicio de Clínica Estomatológica | 20 |
| 3.2.4. Relevancia de la Medicina Bucal | 24 |
| 3.2.5. Transformación digital en salud | 28 |
| 3.2.6. Beneficios de la digitalización de los datos clínicos | 31 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 33 |
| 4.1. Descripción del sistema de registro de datos de Clínica Estomatológica | 33 |
| 4.2. Pacientes de Clínica estomatológica enero-junio 2024 Archivo "A" | 36 |
| 4.3. Pacientes que acudieron al servicio con lesiones potencialmente malignas o malignas de cavidad bucal desde julio 2024 a junio 2025 Archivo "B" | 43 |
| 4.4. Pacientes con patologías bucales que debían ser intervenidos en Cirugía Bucal Archivo "C" | 48 |
| CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES | 53 |
| 6. Referencias | 60 |
| 7. Galería fotográfica | 63 |

Resumen:

En esta investigación, se implementó la gestión operativa para iniciar la transformación digital de los datos en el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela (FAO-UCV). Este enfoque buscó abordar y resolver diversas deficiencias, como la duplicidad de datos, la subutilización de recursos, el sub-diagnóstico y la falta de protocolos de tratamiento y/o derivaciones oportunas a otros profesionales. Hasta ahora, el registro de pacientes se ha realizado de forma exclusivamente manual, a criterio de cada operador de guardia, sin un estándar unificado. Esta práctica ha ocasionado errores caligráficos, ortográficos y omisiones, que comprometen la confiabilidad de los datos. Todas las insuficiencias mencionadas, imposibilitan una vigilancia epidemiológica efectiva y dificultan el cálculo de gastos y la optimización de recursos disponibles. Esta situación se hace particularmente crítica en el caso de las enfermedades malignas, como el cáncer bucal, cuyo diagnóstico tardío compromete el pronóstico del paciente, resultando en escenarios reservados o desfavorables. Por lo cual, este trabajo emprendió un proceso de recolección y digitalización de datos de los pacientes, a efectos de realizar un análisis diagnóstico inicial, que permitiera fundamentar la transformación digital de los datos del Servicio. La investigación se concibió como un estudio longitudinal, de campo, de análisis evolutivo, nivel descriptivo, enfoque mixto y método deductivo-analítico. La técnica principal empleada fue la observación estructurada no participante.

Palabras clave: digitalización de datos, Medicina bucal, Cáncer bucal

Abstract:

In this research, operational management was implemented to initiate the digital data transformation in the Oral Medicine Clinic Service of the Faculty of Dentistry of the Central University of Venezuela (FAO-UCV). This approach sought to address and resolve various deficiencies, such as data duplication, underutilization of resources, underdiagnosis, and lack of treatment protocols and/or timely referrals to other professionals. Until now, patient registration has been carried out exclusively manually, at the discretion of each on-call operator, without a unified standard. This practice has caused calligraphy, spelling errors and omissions, which compromise the reliability of the data. All the aforementioned insufficiencies make effective epidemiological surveillance impossible, and make it difficult to calculate expenses and optimize available resources. This situation is particularly critical in the case of malignant diseases, such as oral cancer, whose late diagnosis compromises the patient's prognosis, leading to reserved or unfavorable scenarios. Therefore, this investigation began a process of collection and digitization of patient data, in order to carry out an initial diagnostic analysis, which allows the digital transformation of the Service's data to be based. The research was conceived as a longitudinal, field study, evolutionary analysis, descriptive level, mixed approach and deductive-analytical method. The main technique used was non-participant structured observation

Key words: Digitization of clinical data, Oral medicine, Oral cancer.

Introducción

La digitalización de datos se ha consolidado como un pilar fundamental en la reconfiguración del panorama organizacional contemporáneo. Más allá de la simple conversión de documentos físicos a formatos digitales, este proceso implica una reingeniería profunda de la gestión de la información de las instituciones, optimizando la forma en que estas acceden, analizan y utilizan los datos para la toma de decisiones estratégicas. La adopción de estas tecnologías es crucial para las instituciones que buscan no sólo sobrevivir, sino evolucionar en un entorno cada vez más eficiente.

El acceso instantáneo a la información digital mejora significativamente la productividad, permitiendo una recuperación de datos y archivos más rápida y precisa, lo cual es de vital importancia en sectores como el de la salud. Asimismo, se logra la optimización de costos al eliminar gastos asociados al almacenamiento físico y se reasignan de manera más eficaz los recursos humanos y espaciales.

Además de los beneficios operativos, la digitalización se alinea intrínsecamente con los principios de sostenibilidad y ahorro de recursos. La dependencia de documentos físicos y su consecuente impresión y almacenamiento, implican un elevado costo ambiental, derivado de la producción masiva de papel y el consumo energético asociado. Al priorizar los formatos digitales, no sólo se minimiza la contaminación, sino que también se contribuye activamente a la conservación del medio ambiente a través de la reducción del consumo de papel y la generación de menos desechos. También disminuye el impacto ambiental de los archivos físicos sobre la salud de los trabajadores.

La presente investigación explora en detalle aspectos de la transformación digital en el Servicio de Medicina Bucal de la FO-UCV, como impulsor de la eficiencia operativa y sostenibilidad, profundizando en cómo la digitalización de datos garantiza la precisión de la información, facilita el acceso oportuno a los datos clínicos, y optimiza el seguimiento de casos, con un enfoque particular en su aplicación y beneficios en

diversas instituciones de salud, además de la indudable ventaja en la calidad de la atención de los pacientes.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La Medicina Bucal o Clínica Estomatológica es una especialidad odontológica fundamental dedicada al diagnóstico y manejo de las enfermedades que afectan la boca y sus estructuras anexas, así como las manifestaciones bucales de afecciones sistémicas. Su relevancia es incuestionable, y su longeva presencia en la Facultad de Odontología de la UCV, donde la Cátedra de Clínica Estomatológica es parte de las cátedras fundadoras, hace 85 años, subraya su relevante rol. Esta cátedra no sólo es la unidad académica de su servicio clínico, sino también de la Maestría en Medicina Estomatológica, creada hace 30 años. Tanto la Cátedra como su Servicio, fundamentan las asignaturas de pre y postgrado, y las prácticas clínicas que: como parte de la instrucción como futuros egresados, deben efectuar los estudiantes y residentes.

El Servicio de Clínica Estomatológica es un centro de referencia nacional, que recibe pacientes con una amplia gama de lesiones bucales; estos pacientes suelen ser remitidos desde otros servicios odontológicos y médicos a fin de realizar interconsultas diagnósticas o terapéuticas. Las lesiones que motivan estas consultas, varían desde condiciones no patológicas hasta afecciones patológicas benignas y malignas, estas últimas con el potencial de comprometer gravemente la vida del paciente.

El rol del servicio es particularmente crucial en la detección temprana del cáncer bucal. Las primeras manifestaciones de esta enfermedad, pueden ser sutiles e imperceptibles, de inicio insidioso; o presentarse como masas tumorales evidentes en la boca o sus anexos. El diagnóstico precoz y la derivación oportuna a un equipo oncológico son factores determinantes para el pronóstico del paciente. Es importante destacar que el Servicio de Clínica Estomatológica de la UCV atiende pacientes durante todo el año. Esto es especialmente relevante para las condiciones malignas o potencialmente malignas, ya que su rápido diagnóstico es crucial debido al alto riesgo de

morbimortalidad asociado.

En este contexto, es crucial señalar que el seguimiento riguroso de cada paciente es esencial para el éxito del abordaje de las lesiones bucales. Esta vigilancia diagnóstica y evolutiva, a su vez, sólo es posible si se dispone de un registro de datos sistematizado, ordenado y legible. Tradicionalmente, el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV ha utilizado un sistema de registro de datos manual, almacenando la información en cuadernos. Este método se ha tornado cada vez más ineficiente, debido a una doble inconveniencia:

- 1- Por una parte, el registro de datos es exclusivamente manual, lo que determina que es operador-dependiente, esto significa que la caligrafía y ortografía varían según la persona de turno en cada guardia, lo que a menudo resulta en información deficiente, ilegible o incompleta; y además, con frecuencia se omiten datos relevantes, o se dejan de anotar pacientes, imposibilitando un registro clínico cabal.
- 2- De la misma forma, la acumulación de los cuadernos de registro a lo largo de los años ha generado una insuficiencia de espacio para su almacenamiento. Esta situación conlleva un alto riesgo de proliferación de microorganismos asociados al almacenamiento inadecuado de papel, lo que puede provocar enfermedades respiratorias al personal, como micosis profundas por la aspiración de esporas, entre otras afecciones.

La carencia de una infraestructura tecnológica adecuada ha exacerbado estas dificultades. El proyecto CDCH-MINCYT aprobado en julio de 2024, permitió la adquisición de equipos tecnológicos, ya que el servicio carecía de una computadora operativa desde hacía aproximadamente diez años, también permitió dotar de equipos a la Cátedra de Cirugía Bucal (un servicio al que se refieren frecuentemente pacientes que requieren intervención quirúrgica), y al Departamento de Administración de la Escuela de Bibliotecología y Archivología de la Facultad de Humanidades y Educación, donde

una de las coinvestigadoras desarrolla sus labores. Adicionalmente, el financiamiento permitió adquirir insumos de bioseguridad de alta calidad como guantes, tapabocas, bajalenguas, servilletas y abrebocas desechables; así como cinta testigo, e instrumentos quirúrgicos para completar las cajas ya existentes; gracias a lo cual no sólo se pudo desarrollar esta investigación, sino que también se optimizó la bioseguridad del trabajo cotidiano. Sin ese apoyo, habría sido imposible el desarrollo de esta investigación.

Otra de las dificultades que ha interferido con el registro idóneo de los datos clínicos de los pacientes del servicio, es la falta de personal capacitado para la recolección y preservación de información. Esta carencia ha obstaculizado la implementación de una vigilancia epidemiológica efectiva para las diversas enfermedades diagnosticadas y tratadas en el servicio. Esta deficiencia, irremediablemente, compromete la veracidad y fiabilidad de los datos clínicos, lo que afecta la integridad de las investigaciones basadas en ellos. Además, pone en entredicho la calidad académica que se espera de la institución pública educativa más prestigiosa de Venezuela.

Todo lo expuesto, evidencia la necesidad imperante de diseñar, planificar, proponer e implementar un sistema de recolección de datos digitalizado y adaptado al Servicio de Clínica Estomatológica. Un sistema con las características requeridas, no sólo permitiría un seguimiento exhaustivo de cada caso, sino que también crearía un banco de datos fiable y veraz. Esto permitiría una vigilancia epidemiológica precisa, un control y seguimiento completo de los pacientes, y un registro de datos apropiado. Estos elementos son cruciales para optimizar la atención y mejorar el pronóstico de los pacientes. Además, este sistema representaría una fuente confiable para el desarrollo de actividades de docencia e investigación.

1.2. Justificación e importancia de la investigación

Tal y como se señaló anteriormente, el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV, es un centro de referencia nacional para pacientes con enfermedades bucales, tanto benignas como malignas, así como para aquellos con

enfermedades sistémicas que afectan la mucosa bucal. Esta característica implica que se atiende un gran volumen de pacientes con una amplia y compleja variedad de condiciones patológicas. Por ello, es fundamental que los detalles de cada caso sean registrados no sólo en formato físico e impreso, sino también en un sistema digitalizado (incluso fotográfico), que permita el monitoreo continuo de la evolución de los pacientes.

En otros países, la gestión de datos sobre el cáncer bucal y otras patologías se sustenta en sistemas de vigilancia epidemiológica formales e institucionales. Esto facilita el acceso a información confiable sobre incidencia, prevalencia, características clínicas y evolución de las enfermedades. Un diagnóstico formal y riguroso de la situación actual nos permitiría comparar las condiciones desfavorables actuales (donde los reportes basados en los datos del servicio han resultado ser más casuales que sistemáticos), con una vigilancia epidemiológica completa y bien establecida, basada en datos formales, cuya recopilación ordenada y sistemática de datos, sea guiada por expertos, para asegurar la calidad y fiabilidad de la información. Esto implicaría un cambio fundamental: a partir de ahora, la selección, organización y almacenamiento de los datos se hará de manera profesional, siguiendo principios archivísticos prácticos.

La utilidad y fiabilidad de los datos clínicos, en el caso del Servicio de Clínica Estomatológica, se reflejan directamente en la evolución de cada paciente. Como escuela, perteneciente a una institución académica de alto prestigio, y que además tiene la responsabilidad de brindar asistencia sanitaria, es obligatorio ser honestos y reconocer nuestras áreas de mejora. Implementar estos progresos es parte fundamental de nuestra misión institucional: formar profesionales con competencias estratégicas que les permitan ejercer con excelencia todos sus roles en la sociedad, ya sean académicos, técnicos, clínicos, de gerencia, o una combinación de estos.

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Fundamentar la transformación digital de los datos del Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV, con énfasis en el cáncer bucal.

Objetivos específicos

- 1.- Realizar un diagnóstico interdisciplinario del proceso de recogida de datos del Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV.
- 2.- Analizar los elementos diagnósticos para iniciar la digitalización de los datos del servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV.
- 3.- Operacionalizar la recopilación de datos del servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo y diseño de la investigación

La investigación se desarrolló dentro de los siguientes parámetros metodológicos:

- Enfoque mixto: Cualitativo-cuantitativo, pues se trabajó sobre una base de datos tanto numéricos como no numéricos.
- Diseño Longitudinal: Ya que se siguió la evolución de los sujetos a lo largo del tiempo, planteado de seis meses para todos los pacientes (enero a junio de 2024), y de julio de 2024 a junio de 2025 exclusivamente pacientes con condiciones potencialmente malignas o malignas, durante 17 meses (casi año y medio).
- Modalidad de campo, ya que se realizaron las observaciones directamente donde ocurría el fenómeno (el Servicio de Clínica Estomatológica de la UCV), para realizar la recolección de datos primarios a través de las historias clínicas y las anotaciones manuales de los cuadernos de los servicios de Clínica Estomatológica y Cirugía Bucal 1er piso.
- En cuanto al análisis, el estudio fue también longitudinal o de análisis evolutivo, a través de la observación del desarrollo de los fenómenos a lo largo del tiempo, lo cual permitió identificar diferentes grupos, tendencias, y patrones.
- El nivel fue descriptivo, con el fin de buscar un diagnóstico de la situación abordada: ¿qué es el registro de los pacientes con condiciones patológicas de cavidad bucal? ¿Cómo ese registro? ¿Con qué frecuencia se realiza? ¿Cuáles son sus

características?, esta descripción detallada del fenómeno dio lugar a varios detalles que permitieron diagnosticar (o confirmar) los problemas a los que conlleva no disponer de un sistema de datos sistematizado, y permitió emitir sugerencias basadas en una realidad indagada formalmente.

- El método fue deductivo-analítico, donde se utilizó el razonamiento lógico para descomponer el problema complejo en partes pequeñas y así llegar a conclusiones específicas, llegar a posibles correlaciones y articular propuestas de soluciones.
- La técnica utilizada fue la observación estructurada no participante, ya que se registraron sistemáticamente los datos de los pacientes, sin interactuar ni formar parte de la situación que analizó. Se registraron en un archivo Excel los datos disponibles en los cuadernos, sin intervenirlos de ninguna forma, realizando anotaciones o llamados de atención, pero sin que los investigadores influyeran o interfirieran en el sistema habitual de recogida de datos.

2.2. Tratamiento estadístico de los datos

La estadística fue descriptiva e inferencial. Se transcribieron los datos de los cuadernos a 3 archivos de Excel:

. Un Archivo “A”, donde se anotaron todos los casos que consultaron en Clínica Estomatológica durante 6 meses (de enero a junio de 2024)

. Un Archivo “B”, donde se registraron los pacientes que presentaron exclusivamente condiciones malignas o potencialmente malignas de cavidad bucal, durante 17 meses: desde julio de 2024 a junio de 2025. En cada archivo, se iba apuntando la evolución de todos los pacientes que constituyeron esta muestra.

. El Archivo “C” se corresponde con el registro de los pacientes con condiciones patológicas de la cavidad bucal que requieren una intervención quirúrgica.

Cada investigador realizó anotaciones acerca de lo que iba observando como ventajas o falencias del sistema de registro de datos manual, y también los potenciales riesgos para la correcta vigilancia epidemiológica de los pacientes.

2.3. Código de Bioética para el proyecto:

Tanto el Servicio de Clínica Estomatológica, como el Servicio de Cirugía Bucal de

la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela hacen copartícipes de las decisiones a todos los pacientes y familiares, mediante un consentimiento informado debidamente aprobado por la institución, que sigue los lineamientos de la Declaración Universal de los DDHH, y la Declaración de Helsinki.

CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes de la Investigación:

Un precedente fundamental para esta investigación se remonta al estudio de Casbarro (2016). En su trabajo de ascenso para obtener el Escalafón de Agregado, la autora ya destacaba la importancia de una recolección de información adecuada, sistemática, continua, oportuna y confiable sobre las condiciones de los pacientes. El objetivo principal era que esta información sirviera de base para la toma de decisiones y, dada la misión académica de la universidad, también para su posterior difusión.

El trabajo mencionado buscaba establecer un sistema de vigilancia epidemiológica del cáncer bucal en el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV. Ya en 2016, el estudio planteaba la necesidad de sistematizar los datos del servicio. Esto permitiría un control periódico adecuado de los pacientes con cáncer bucal, con el fin de conocer su evolución y desenlace, posibilitando así intervenciones oportunas en su beneficio. Además, esta propuesta se consideraba eficaz y eficiente desde el punto de vista organizativo. (Casbarro, 2016)

Para el año 2013, la Secretaría de la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ya había establecido un ambicioso plan de acción para el período 2013-2020. El objetivo principal de este plan era concretar los compromisos asumidos en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General. Esta declaración se enfocó en la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, entre las que se incluye el cáncer. La finalidad de este esfuerzo era dotar a la comunidad global de las herramientas necesarias para actuar de forma coordinada y coherente en la reducción de la mortalidad prematura debido a enfermedades no transmisibles (como el cáncer). Cabe destacar que el año 2025 fue fijado como fecha límite para alcanzar

esta meta crucial.

La agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC por sus siglas en inglés), perteneciente a la OMS, establece que: “Tradicionalmente existe una diferencia entre los métodos de recolección activa y pasiva de datos. La recolección “pasiva”, también conocida como notificación, depende de que el personal de los servicios de salud, complete los formularios de notificación y los remita al registro. Un registro que se basa exclusivamente en la agilidad y la buena voluntad de otros (recolección pasiva) para hacer el trabajo de recolección de la información sobre los casos de cáncer, está condenado a no tener éxito”. En el caso del Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV, la recolección de los datos hasta ahora, ha sido pasiva, llevada a cabo por los propios operadores clínicos o los estudiantes, sin que haya una supervisión formal del proceso.

En 2020, Cruz M. afirmó que: aunque la digitalización de historias clínicas no siempre exige la participación directa de profesionales clínicos y sanitarios, la literatura científica subraya la invaluable contribución de estos expertos en el proceso. Esto tiene sentido, ya que: si bien es cierto que los profesionales de la salud poseen un "ojo clínico" entrenado para identificar las evidencias cruciales para el diagnóstico y tratamiento, su rol en la asistencia sanitaria no se limita sólo a lo clínico. Para la correcta recopilación y preservación de los datos, no sólo es fundamental optimizar la técnica, sino también contar con la supervisión de un experto con un "ojo clasificador" que garantice la precisión en este proceso. De allí la importancia de fomentar la interdisciplinariedad, mediante la que se conjuguen, como en este caso, el ojo clínico de los profesionales de la salud con el ojo clasificador de la especialista en Bibliotecología y Archivología.

Por su parte, Castillo-Salgado y cols, en 2011, señalaron que la calidad de un sistema de vigilancia epidemiológica se evalúa por la calidad de los datos recolectados; destacaron que: la recolección de datos es el componente más costoso y difícil de estos sistemas. Los autores, voceros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS),

aseguran que las actividades de recolección de datos incluyen la detección, la notificación y la confirmación de los datos del evento de salud bajo vigilancia; y que, para una detección eficaz y fiable de casos, es fundamental aplicar una definición de caso estandarizada, establecer los datos mínimos necesarios y determinar las fuentes de dichos datos.

En 2022, Loyo realizó un estudio en la Facultad de Odontología de la UCV, identificando desafíos en el acceso, digitalización y automatización de las historias clínicas del posgrado de endodoncia. Su investigación concluyó que es crucial implementar un recurso o mecanismo eficaz para la recuperación de información sobre pacientes y tratamientos. Esta necesidad se hizo evidente durante la recopilación de datos para su propio estudio. Loyo afirmó que un registro digitalizado modernizaría el almacenamiento de datos clínicos y agilizaría el acceso a la información del paciente.

3.2. Aspectos Teóricos que sustentan la investigación

3.2.1. Generalidades de la gestión operativa como parte del proceso organizacional para la transformación digital de los datos del Servicio de Clínica Estomatológica.

La gestión operativa, como parte de un proceso organizacional institucional que fomenta un conjunto de actividades cuyo fin es optimizar el funcionamiento interno para lograr los objetivos, debe ser la columna vertebral de cualquier servicio de salud, ya que garantiza la eficiencia en la atención al paciente, como producto de la planificación, ejecución y supervisión de cada rol, con vías a la optimización de los recursos y la calidad de los servicios. La gestión operativa juega un papel crucial en la transformación digital de los datos clínicos, ya que formaliza la seguridad y la calidad de los datos. Una gestión operativa eficaz, logra que los datos clínicos se capturen, almacenen, procesen y utilicen de manera consistente y confiable. A su vez, la digitalización de los datos de los servicios clínicos, ha pasado de ser una opción a una necesidad imperante, llevando a las instituciones a reformular sus modelos de gestión, registro y análisis de datos. No sólo porque asegura la fiabilidad de los mismos, sino que evita que ocurran inconsistencias, redundancias errores, subregistros y otras inconveniencias que pudieran obstaculizar el

progreso de la transformación digital.

La gestión operativa aplicada a la digitalización de datos clínicos, permite identificar procesos susceptibles de automatización (que es una de las metas a mediano plazo que se espera lograr mediante esta primera aproximación diagnóstica formal de la situación). Este proceso va más allá de la simple adquisición de tecnología; implica una redefinición de los flujos de trabajo, la creación de una cultura organizacional orientada a los datos y la capacitación constante del personal. Para el Servicio de Clínica Estomatológica, una digitalización óptima podría abarcar desde la implementación de historias clínicas electrónicas y la gestión de citas en línea, hasta el uso de software para el manejo de imágenes radiográficas y planificación de tratamientos. Si bien esto puede parecer ambicioso dada nuestra realidad actual, es el camino hacia la modernización.

La correcta gestión operativa de estas herramientas digitales es crucial. No basta con tener los sistemas; es fundamental asegurar que se utilicen de manera óptima, que los datos se recopilen con precisión y que fluyan sin interrupciones entre los diferentes servicios, salas o áreas clínicas de la institución, como es el caso de la Facultad de Odontología de la UCV. Por supuesto, toda transformación digital también presentará desafíos significativos, incluyendo la interoperabilidad de los sistemas, la seguridad y privacidad de la información del paciente, y la resistencia al cambio por parte del personal.

La transformación digital ya es considerada una estrategia global que está revolucionando el conocimiento y las prácticas relacionadas con la salud. En este ámbito, esto se traduce en una mejora de la atención, la optimización de procesos, la reducción de costos, la ampliación del acceso a los servicios, una vigilancia epidemiológica más eficaz y la toma de decisiones informadas en todos los niveles del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS). (Contreras, 2025)

Esta digitalización de procesos, también está cambiando la forma en que es

recibida la atención sanitaria. Esto incluye una variedad de herramientas y métodos que permiten la atención remota, como las consultas virtuales y la supervisión a distancia de los pacientes. También se utilizan tecnologías como la inteligencia artificial y el análisis de grandes cantidades de datos para ayudar a los médicos a establecer diagnósticos más certeros y tomar mejores decisiones terapéuticas. Se espera que el uso consciente y ético de plataformas digitales, facilite el intercambio y almacenamiento seguro de información médica y resultados de las investigaciones. Todas estas herramientas se han ideado para trabajar coherentemente y así propiciar un ecosistema de salud más conectado, donde los datos y la información fluyan sin problemas, mejorando la continuidad de la atención. Para los profesionales de la salud, la digitalización amplía sus conocimientos, habilidades y competencias, permitiéndoles brindar un servicio de salud más eficiente y de mayor calidad. (OMS, 2021)

La clave para una transformación digital exitosa radica en una estrategia de gestión operativa sólida. Esta debe incluir la formación continua del equipo, la estandarización de los procesos digitales y la monitorización constante del rendimiento de los sistemas. La información digitalizada se convierte en un activo invaluable, permitiendo la generación de estadísticas precisas, la identificación de patrones de enfermedades, la optimización de inventarios y la toma de decisiones basada en evidencia sólida, veraz. En última instancia, una gestión operativa eficiente, en el contexto de la transformación digital, no solo mejora la eficiencia administrativa, sino que eleva la calidad de la atención al paciente, facilitando diagnósticos más precisos, tratamientos más personalizados y una experiencia general más satisfactoria para el usuario del servicio de salud. Sin embargo, a pesar de los considerables progresos realizados por algunos países, muchos siguen necesitando apoyo institucional para el desarrollo y la consolidación de estrategias digitales y para la ejecución de sus planes de acción, lo que suele requerir más recursos y capacidades. (OPS, 2023)

El uso adecuado de la digitalización en salud, abarca las siguientes dimensiones: la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, la seguridad del paciente, la ética, la interoperabilidad, la propiedad intelectual, la seguridad de los datos

(confidencialidad, integridad y disponibilidad), la privacidad, la eficacia en función del costo, la implicación de los pacientes y la asequibilidad. Urge invertir en medidas para superar los principales obstáculos que dificultan la interacción y el acceso de los países en desarrollo a las nuevas tecnologías de salud digital, como un entorno propicio adecuado, recursos suficientes, una infraestructura de apoyo a la transformación digital, medios educativos, capacidades humanas, la inversión financiera y la conectividad a internet, así como en términos de infraestructuras existentes, titularidad de la tecnología, privacidad, seguridad, adaptación y aplicación de los estándares mundiales y las corrientes de tecnología. (Alvarado, 2025)

3.2.2. Importancia de la archivística médica y la preservación de los datos clínicos manuales en Servicios de Salud.

En la era de la información, donde la digitalización avanza a pasos agigantados, podría parecer anacrónico discutir la relevancia de los datos clínicos manuales y la archivística tradicional. Sin embargo, como señala Estrada (2024), la correcta archivística médica es fundamental en la gestión de la información en salud. La preservación meticulosa de los registros manuales no solo mantiene su vigencia, sino que son elementos críticos e insustituibles para garantizar la calidad, seguridad y eficiencia de cualquier servicio de salud.

Estrada (2024), define la archivística médica como la gestión de documentos y registros relacionados con la salud, que incluyen historiales médicos, informes de laboratorio, imágenes médicas, registros de diagnóstico, tratamientos y otros datos pertinentes. Su objetivo principal es asegurar que estos documentos se mantengan organizados, seguros, accesibles y que cumplan con las normativas vigentes sobre privacidad y confidencialidad. (Fuster, 1999)

En la actualidad, la archivística médica no se limita únicamente a los registros en formato papel, incluye también el manejo eficiente de registros electrónicos de salud. La digitalización ha mejorado significativamente la gestión de la información médica, facilitando su acceso y preservación a lo largo del tiempo. Por lo tanto, la archivística

médica abarca no solo la gestión de los documentos del paciente, sino también la gestión del conocimiento médico a través de la correcta organización de la información en diversas modalidades.

Los expedientes clínicos en formato manual, a menudo, contienen información longitudinal invaluable que abarca décadas de la historia de salud de un paciente. Esta continuidad permite a los profesionales de la salud comprender la evolución de enfermedades crónicas, la respuesta a tratamientos previos, alergias, y antecedentes familiares. Esta información es crucial para un diagnóstico preciso y la formulación de planes de tratamiento individualizados. Un sistema archivístico robusto asegura que estos datos estén accesibles cuando se necesiten, permitiendo una atención informada y de alta calidad.

Los archivos de expedientes manuales representan también un respaldo vital en caso de fallas tecnológicas como ciberataques, fallas en la electricidad, desastres naturales, fallos de hardware o software. La dependencia exclusiva de sistemas digitales puede dejar a un servicio de salud completamente inoperativo y a los pacientes sin atención si ocurre un evento catastrófico. La coexistencia de registros manuales bien organizados garantiza la resiliencia operativa. (Fuster, 1999)

El buen mantenimiento de estos archivos tiene implicaciones legales y forenses, ya que son considerados evidencia documental irrefutable. Los registros médicos son documentos legales. En situaciones de litigios por negligencia médica, reclamaciones de seguros o investigaciones forenses, la autenticidad e integridad de los expedientes manuales son fundamentales. Una archivística deficiente puede comprometer la validez de estos documentos, exponiendo a la institución y a sus profesionales a graves consecuencias legales y económicas. La cadena de custodia y la inalterabilidad de los registros manuales, cuando se gestionan adecuadamente, son altamente valoradas en el ámbito judicial. Por esto, la correcta documentación manual y su preservación reflejan la diligencia y la responsabilidad, fomentando la transparencia y el acervo histórico institucional.

A pesar de la preferencia actual por los datos estructurados digitalmente, los registros manuales representan una gran fuente de datos para estudios epidemiológicos retrospectivos, investigación de cohortes y análisis de tendencias históricas de enfermedades. Contienen información detallada sobre síntomas, progresión de la enfermedad, tratamientos administrados y resultados, a menudo con más matices que los campos estandarizados de las bases de datos digitales. Esto puede ser crucial en la investigación clínica y la salud pública para generar nuevas hipótesis y avanzar en el conocimiento médico y la vigilancia epidemiológica. (Fuster,1999)

Los datos contenidos en los expedientes manuales, si son accesibles y analizados (incluso mediante procesos de digitalización posteriores si se desea), son muy útiles para la gestión administrativa y la planificación estratégica, proporcionando información valiosa para la evaluación del rendimiento del servicio de salud, la identificación de obstáculos, la optimización de recursos y la planificación de futuras intervenciones.

La preservación de datos manuales en muchos casos representa un cumplimiento normativo, ya que diversas reglas y estándares de acreditación en salud exigen la conservación de registros médicos por períodos específicos. La archivística médica garantiza el cumplimiento de estas disposiciones, evitando sanciones y asegurando la operación legal del servicio. (Fuster,1999)

Aunque la preservación de datos manuales ofrece numerosas ventajas, no está exenta de desafíos, como: el espacio físico para su almacenamiento, el deterioro de los documentos, el riesgo de pérdida o daño, y la dificultad para la búsqueda y recuperación de información. Sin embargo, existen soluciones prácticas para su conservación como lo son:

- **Sistemas de Organización Rigurosos:** Implementación de sistemas de clasificación y codificación estandarizados que faciliten la indexación, almacenamiento y recuperación de expedientes.
- **Condiciones de Almacenamiento Óptimas:** Control de temperatura, humedad y luz para prevenir el deterioro del papel y la tinta. Protección contra desastres

(incendios, inundaciones). Evitar riesgos biológicos asociados al deterioro del papel por hongos y bacterias, plagas (termitas, cucarachas y roedores) y contaminación cruzada.

- Seguridad Física y Control de Acceso: Restricción del acceso a las áreas de archivo solo a personal autorizado, con registros de entrada y salida para mantener la cadena de custodia y la confidencialidad.
- Digitalización Selectiva y Progresiva: Priorizar la digitalización de expedientes antiguos o de alto valor histórico/clínico, o aquellos que sean consultados con mayor frecuencia, sin eliminar los originales si no es estrictamente necesario o permitido legalmente. Esto facilita el aprovechamiento de las ventajas del acceso digital, sin desechar la información original.
- Capacitación del Personal: Formación continua del personal en técnicas de archivística, manejo de documentos y normativas de confidencialidad y seguridad de la información.

Varias instituciones académicas de renombre están a la vanguardia de la investigación en salud y archivística médica. Por ejemplo: la Universidad Nacional Autónoma de México, a través de sus Facultades de Medicina e Ingeniería, y la Universidad de Chile, por medio de su Facultad de Medicina, junto con la Pontificia Universidad Católica de Chile, lideran líneas de investigación enfocadas en esta área, entre ellas destacan: "Archivos clínicos y gestión de la información de salud", "Gestión de la información médica y protección de la privacidad del paciente". Estas iniciativas contribuyen significativamente a la actualización y el avance en este campo, con la finalidad de mejorar la gestión de información en el ámbito de la salud.

La archivística médica y la preservación de los datos manuales no son reliquias del pasado, sino componentes esenciales para garantizar una atención sanitaria eficiente, segura y de calidad. Su importancia radica en su capacidad para avalar la continuidad de la atención, proporcionar un respaldo legal irrefutable, fomentar la investigación basada en datos fiables y la salud pública, y apoyar una gestión administrativa eficiente. Con la integración de nuevas tecnologías, como los registros electrónicos de salud y almacenamientos virtuales, la archivística médica ha avanzado

significativamente, permitiendo que la información médica sea accesible de manera rápida y segura. Sin embargo, sigue siendo fundamental garantizar la confidencialidad, la integridad y la conservación de los datos médicos, aspectos que continúan siendo la columna vertebral de la práctica de la archivística médica en la era digital. (Estrada, 2024)

3.2.3. Historia del Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV.

La Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela (UCV) es el resultado de un arduo y prolongado camino hacia el reconocimiento de la odontología como una profesión científica de rango universitario en Venezuela. Si bien la práctica odontológica tiene orígenes ancestrales, su formalización en el país inició en 1853 con la expedición del primer título de cirujano dentista a Don Vicente Toledo. Este hito, gestado en el seno de la UCV, marcó el nacimiento de la odontología venezolana, un proceso caracterizado por la constante lucha contra el intrusismo y la búsqueda de la dignificación profesional, esto fue referido en el discurso del 70 aniversario de la Facultad de Odontología de la UCV, por la Exrectora Cecilia García-Arocha.

Un paso crucial en la institucionalización de la odontología fue la creación de la primera escuela dental en 1897, adscrita a la Facultad de Ciencias Médicas. Esta escuela se estableció formalmente el 28 de julio de 1922 en el antiguo Claustro de San Francisco, bajo la dirección del Dr. Augusto Adolfo Nouel. A pesar de las limitaciones iniciales, como la falta de un presupuesto fijo y el trabajo ad honorem de sus docentes, esta incipiente institución se consolidó como el pilar fundamental para el desarrollo técnico y científico de los estudios odontológicos en el país.

El primer catedrático de Patología, Terapéutica y Materia Médica dentales, de la Cátedra de Patología Estomatológica, fue el Dr. Juan Arráiz, quien la dictó desde octubre de 1911 hasta 1912, cuando cerró sus puertas la Universidad. En la época de los estudios libres (1912-1922) las clases eran dictadas por el Prof. Augusto Adolfo Nouel y los exámenes se presentaban ante el Consejo Nacional de Instrucción.

Abierta la Escuela de Dentistería en enero de 1923, el curso de Patología especial de la boca y sus anexos (más tarde denominada Patología Buco-Dentaria), comenzó en enero de 1924 dictada por el Prof. Julio Vivas López, hasta agosto de 1932. En 1933 la retoma el Prof. Mauricio Baíz (1933-1934), y luego Foción Febres Cordero desde 1935 hasta 1940.

Finalmente, el proceso de reformas y la incesante lucha por la autonomía culminaron el 24 de julio de 1940, con la promulgación de una nueva ley que dió origen a la creación de la Facultad de Odontología de la UCV. Esta fecha histórica marcó una nueva era para la profesión, otorgándole la jerarquía e independencia que merecía. Bajo el liderazgo de su primer Decano, el Dr. Rutilio Martini, la facultad comenzó a forjar una destacada trayectoria de excelencia académica, investigación y compromiso social, superando desafíos políticos y defendiendo de manera constante su autonomía universitaria a lo largo de los años. (García-Arocha, 2010)

Es en 1940, precisamente, cuando se crea la Cátedra de Patología Estomatológica para ser dictada en dos años, de los cuales el primero estaba dedicado a la “dentaria”, y el segundo a la “bucal”, a cargo de los Profesores Foción Febres Cordero (1941-1945); Rafael Huncal (octubre a noviembre de 1945) como interino por ausencia del titular; y retoma el Prof. Febres Cordero de 1946 a 1951. La Asignatura: Patología y Terapéutica Médica Aplicada se estableció como un requisito obligatorio para obtener el título de Doctor en Odontología.

No obstante, su implementación fue efímera, ya que la reforma de 1944 la eliminó, junto con la cátedra de Patología y Terapéutica Quirúrgica Aplicada (conocida actualmente como Cirugía Bucomaxilofacial). Intervenida la Universidad, fue nombrado profesor de la Cátedra el Dr. Claudio Vargas (1952-53), pero no llegó a dictarla.

El Consejo de profesores de la Facultad, dispuso dictar en un solo año las dos cátedras y fue nombrado para ese cargo el Dr. Leopoldo Jiménez (1953-54). En 1954 se acordó separar de nuevo estas dos cátedras, ambas a cargo del Dr. Jiménez, quien las

desempeñó hasta la caída de la dictadura en enero de 1958, cuando se dispuso por segunda vez dictar la asignatura en un solo año, y fue nombrado para ello el Dr. Rafael Huncal (1958-61).

La reforma de 1961 crea la Cátedra de Patología y Clínica Estomatológica I y II (1961-65). Al igual que Patología Estomatológica, Clínica Estomatológica estuvo dividida en dos años (Clínica Estomatológica I y II), hasta 1965. A partir de ese momento se replanificó la cátedra para ser denominada Patología y Clínica Estomatológica. La asignatura: Clínica Estomatológica, se dictó hasta 1961 separada de Patología.

Patología y Clínica Estomatológica I (primer año), se encargaba de suministrar los conocimientos de patología dentaria, peridentaria y demás estructuras de la cavidad oral; y a la vez el adiestramiento en los diferentes métodos, medios y recursos necesarios para establecer el diagnóstico y formular el tratamiento racional de la enfermedad. Esta asignatura se dictaba durante dos horas semanales de clases magistrales, 50 horas de pasantía por la Sala de Diagnóstico Oral, y 14 horas de prácticas de Histopatología dentaria y peridentaria, además de discusión de casos clínicos y seminario al final de la pasantía. Se adoptó un sistema de evaluación del estudiante que incluía su rendimiento en clases, prueba vocacional, aspecto socio-económico, asistencia, cumplimiento de las obligaciones docentes, etc.

Patología y Clínica Estomatológica II (segundo año), estudiaba las enfermedades y accidentes de la mucosa bucal, labios, lengua, maxilares, articulación temporomandibular y glándulas salivales, así como las repercusiones orales de los trastornos de salud general. Esta asignatura requería dos horas semanales de clases teóricas, pasantías durante un mes por la Sala de Diagnóstico Oral, y asistencia en pequeños grupos a los centros asistenciales del Hospital Universitario, Instituto Oncológico "Luis Razetti" y Hospital "Padre Machado" de Caracas. Se exigía una presentación completa de casos clínicos y seminarios para ser discutidos. El sistema para evaluar el rendimiento del alumno era el mismo que para primer año.

Desde 1940, los cambios en la denominación, actividades y asignaturas de la cátedra pueden resumirse como sigue:

- Clínica Estomatológica I y II (1940)
- Clínica y Cirugía Estomatológica I y II: 1944 hasta 1953 (con una interrupción entre 1944 y 1946).
- En la reforma aprobada el 9 de Octubre de 1953, se dividió la materia en dos cursos separados: Clínica y Terapéutica Estomatológicas I y II, y Anestesiología y Cirugía Estomatológicas I y II. Igual en 1953 y 1958.
- En 1956, la Clínica y Terapéutica Estomatológicas se dictaría en un año y se dejó en dos la Anestesiología y Cirugía Estomatológica.
- En la reforma de 1961 la cátedra se denominó: Patología y Clínica Estomatológica I y II y funcionó separadamente de Cirugía Estomatológica. Esta organización persistió hasta 1965, y aún hasta la actualidad (2025).
- En 2014, las asignaturas fueron re-denominadas como Medicina y Patología Bucal I y II, para ser dictadas en segundo y tercer año respectivamente. Medicina y Patología Bucal I compartía el período escolar junto a Anatomía Patológica. Anteriormente estas asignaturas eran impartidas en tercer y cuarto año, Sin embargo, en el año 2014, en un esfuerzo por fortalecer la formación clínica temprana, se acordó entre las cátedras implicadas y la Coordinación Académica, que su enseñanza debía adelantarse, reubicándose en 2do y 3er año. Esta decisión se tomó debido a que los estudiantes iniciaban sus actividades clínicas en tercer año sin el conocimiento previo de lesiones y condiciones bucales, incluyendo aquellas con potencial de malignizarse. Iniciar la instrucción de Medicina Bucal a partir de segundo año permitía a los estudiantes adquirir las habilidades y competencias necesarias *a priori*, preparándolos anticipadamente para los desafíos clínicos que enfrentarían, permitiéndoles identificar precozmente condiciones bucales potencialmente malignizables, o simplemente distinguiendo los cambios normales de los que representaban alguna anomalía patológica.
- En 2025, tras la iniciativa del Vicerrectorado Académico de realizar una transformación curricular por competencias en todas las carreras de la UCV, La Coordinación Académica y la Comisión de Currículo de la Facultad de

Odontología, decidieron que los contenidos de Medicina Bucal se fusionaran en una sola asignatura, a ser dictada en 3er año. La Cátedra se pronunció a favor de que la asignatura se impartiera en 2do año y no en tercero, por las mismas razones aludidas en 2014, pero la decisión de Comisión de Currículum fue tomada a favor de que fuera impartida en 3er año. La evaluación teórica de esta asignatura se hará mediante la realización de 5 exámenes parciales, uno por cada unidad académica; y la evaluación del componente clínico a través de la resolución de dos casos de pacientes que presenten patología (s), hasta el alta del paciente. Para el cumplimiento de este componente clínico los estudiantes tienen desde 3ero hasta 5to año de la carrera, pero lo ideal es que resuelvan un caso en 3er año y el otro en 4to. Adicionalmente, todos los estudiantes de pre y postgrado tienen la obligación de hacer interconsultas en el servicio cada vez que algún paciente presente un cambio en los signos o síntomas que pueden considerarse normales en la cavidad bucal o sus anexos.

3.2.4. Relevancia de la Medicina Bucal como disciplina odontológica.

La Medicina Bucal es una disciplina odontológica fundamental. Se enfoca en el diagnóstico y tratamiento no quirúrgico de las afecciones de la cavidad bucal y maxilofacial, así como en la salud bucal del paciente médicamente comprometido y la repercusión oral de las enfermedades sistémicas. Esta especialidad actúa como un vínculo entre la medicina y la odontología, reconociendo la interconexión intrínseca entre la salud de la boca y la salud general del individuo. Su alcance va más allá de los dientes, abarcando estructuras como la mucosa bucal, la lengua, el paladar, las encías, los huesos maxilares y las glándulas salivales. Estas particularidades la convierten en la especialidad ideal para la detección temprana de diversas patologías. (Rodríguez, 2020)

En un contexto donde la tecnificación y la super-especialización pueden fragmentar la atención al paciente, la Medicina Bucal destaca por rescatar la semiología y la clínica como pilares diagnósticos, priorizando la historia clínica integral de cada persona, asegurando una visión holística de su salud.

Dentro del espectro de afecciones que aborda la Medicina Bucal, el diagnóstico temprano de los desórdenes potencialmente malignos (DPM) y del cáncer bucal representa una de sus funciones más críticas y vitales. Los DPM son lesiones que, si no son detectadas y tratadas a tiempo, tienen una probabilidad significativa de transformarse en carcinomas de células escamosas, el tipo más común de cáncer bucal. La cavidad bucal es un sitio de fácil exploración visual y táctil, lo que confiere al odontólogo un rol privilegiado y una responsabilidad ineludible en la identificación precoz de estas lesiones. Signos como úlceras que no cicatrizan en más de dos semanas, placas blancas (leucoplasias) o rojas (eritroplasias) persistentes, dificultad para masticar o tragar (disfagia), cambio de textura o color de las mucosas, síntomas adversos, o la aparición de masas tumorales, deben ser motivo de alarma, y es importante establecer su correlación con factores de riesgo o posibles etiologías, y la indicación de una evaluación especializada.

La relevancia del diagnóstico temprano en el cáncer bucal es incuestionable, dado que mejora drásticamente el pronóstico y la tasa de supervivencia de los pacientes. Mientras que el diagnóstico en estadios avanzados a menudo se asocia con tasas de supervivencia a cinco años inferiores al 50%, la detección en fases tempranas puede elevar esta cifra por encima del 90%. El odontólogo, al ser el profesional de la salud con contacto cotidiano con la cavidad bucal, es a menudo el primero en identificar estas lesiones sospechosas durante las evaluaciones clínicas de rutina. Esta capacidad de pesquisa temprana no sólo puede salvar vidas, sino que también permite la posibilidad de que los tratamientos sean menos invasivos y costosos, con menor impacto en la calidad de vida del paciente. Por lo tanto, la formación continua de los profesionales de la odontología en Medicina Bucal y en la detección de DPM y cáncer bucal, es una inversión invaluable en la salud pública y en la lucha contra esta devastadora enfermedad.

La recolección adecuada de datos y la vigilancia epidemiológica son pilares fundamentales en el manejo de los desórdenes potencialmente malignos y el cáncer bucal, impactando directamente en el pronóstico y la supervivencia de los pacientes. La calidad y exhaustividad de la información recopilada son cruciales para una correcta

estadificación de la patología, la toma de decisiones terapéuticas y el seguimiento a largo plazo. Sin datos precisos sobre la prevalencia, incidencia, factores de riesgo y características clínicas, se compromete la capacidad de implementar estrategias de detección temprana y prevención eficaces. Además, esta información es indispensable para la investigación, permitiendo identificar patrones epidemiológicos y desarrollar tratamientos más efectivos.

La implementación de sistemas de vigilancia epidemiológica robustos permite monitorear la evolución de los DPM y el cáncer bucal a nivel poblacional. Esto incluye el registro sistemático de nuevos casos, la caracterización de las lesiones, los tratamientos aplicados y los resultados a largo plazo. Un registro detallado de las características histopatológicas, la localización anatómica y el estadio clínico en el momento del diagnóstico es vital para establecer un pronóstico individualizado. La vigilancia activa no solo facilita la detección precoz de recurrencias o segundos tumores primarios, sino que también contribuye a la comprensión de la historia natural de estas enfermedades, lo que a su vez optimiza las estrategias de manejo y mejora la sobrevida de los pacientes (Warnakulasuriya et al., 2021).

La adecuada recolección de datos es la base para la investigación clínica y epidemiológica, que a su vez genera protocolos clínicos. Los datos recopilados deben ser estandarizados, completos y confiables para permitir comparaciones significativas entre poblaciones y a lo largo del tiempo. Esto incluye información demográfica, historial de exposición a factores de riesgo (tabaco, alcohol, VPH), hallazgos clínicos, resultados histopatológicos y tratamientos recibidos. La falta de estandarización o la presencia de datos incompletos pueden llevar a conclusiones erróneas y a la implementación de intervenciones ineficaces, afectando negativamente el pronóstico de los pacientes (Johnson & Eastell, 2023).

La vigilancia epidemiológica, es una estrategia que consiste en la recolección, análisis, interpretación y difusión sistemática de datos sobre enfermedades y sus determinantes, con el objetivo de prevenir y controlar problemas de interés para la salud pública, incluyendo brotes, epidemias, y muertes prematuras por enfermedades

previsibles y/o no transmisibles, como el cáncer, para permitir dar una respuesta rápida y eficaz. Es una función esencial de los servicios públicos, que se lleva a cabo en diferentes niveles: desde el local, hasta el nacional. Permite identificar grupos de alto riesgo y áreas geográficas con mayor incidencia, lo que facilita la focalización de programas de cribado y detección temprana. Al comprender la distribución y los determinantes de los DPM y el cáncer bucal, las autoridades de salud pública pueden asignar recursos de manera más eficiente para maximizar el impacto. Por ejemplo, la identificación de poblaciones con alta prevalencia de hábitos nocivos o infección por VPH permite implementar programas educativos y de vacunación dirigidos, lo que a largo plazo reduce la carga de la enfermedad y mejora la supervivencia a nivel poblacional (Mehrotra & Gupta, 2021).

En el contexto específico de los desórdenes potencialmente malignos, una recolección de datos meticulosa y una vigilancia constante son esenciales para diferenciar entre lesiones benignas, displasias epiteliales y el desarrollo de carcinoma invasivo. El seguimiento longitudinal de estas lesiones permite identificar la transformación maligna en sus etapas más tempranas, cuando el tratamiento es más efectivo y el pronóstico es significativamente mejor. La documentación precisa de los cambios en el tamaño, color, textura y presencia de ulceraciones en DPM es crítica para la toma de decisiones clínicas y la intervención oportuna (Villa et al., 2020).

3.2.5. Transformación digital en salud: definición y conceptos claves.

La transformación digital es el proceso mediante el cual se integra la tecnología digital en todas las áreas de una organización para cambiar fundamentalmente la forma en la que opera y valora el trabajo realizado. Implica un cambio cultural y tecnológico que busca optimizar procesos y mejorar la atención de los consumidores. En el área de la salud, estos “consumidores” estarían representados por los pacientes. El proceso de integrar tecnologías digitales para mejorar la eficiencia, accesibilidad a los datos, y calidad en la atención sanitaria, es lo que busca la transformación digital para potenciar la atención de los pacientes y la calidad de la atención profesional.

La transformación digital en el sector público, según Bravo y colaboradores (2024), es clave para optimizar la eficiencia y efectividad de las políticas públicas. Al aprovechar el potencial de los datos y la analítica, los gobiernos (locales y centrales) pueden tomar decisiones más informadas y basadas en evidencia. Esto les permite asignar recursos de manera más eficiente y diseñar intervenciones más efectivas para abordar los desafíos sociales.

En el contexto sanitario, la transformación digital se ha convertido en un requerimiento global, y representa un cambio paradigmático fundamental en la prestación de servicios sanitarios, impulsado por la integración estratégica de tecnologías digitales avanzadas. Este proceso de transformación va más allá de la simple digitalización de datos, redefiniendo por completo la operatividad y generando un valor significativo tanto para los profesionales como para los usuarios del sistema. Independientemente de la eficiencia operativa, esta transformación impulsa el desarrollo y la oferta de servicios innovadores, lo que reinventa la propuesta de valor del sector, impactando en la calidad asistencial y la experiencia del paciente, destacando la capacidad de las soluciones digitales para optimizar procesos, personalizar tratamientos y ampliar el acceso a la atención. Por lo tanto, dicha evolución conlleva un cambio cultural organizacional y exige que los sistemas de salud exploren nuevas formas de concebir, ejecutar y relacionarse. (Alarcón, 2024) (OMS, 2021)

En 2019, Bastias-Butler y colaboradores, destacan que la verdadera transformación digital, va más allá de la tecnología y debe considerarse como una estrategia institucional, no simplemente la incorporación de nuevos dispositivos o software. Esta distinción es crucial, ya que, con frecuencia, las organizaciones creen estar inmersas en este proceso cuando, en realidad, solo están digitalizando procesos analógicos preexistentes, que a menudo son ineficientes.

Por lo comentado en el párrafo anterior, la auténtica transformación implica una revisión de cómo son llevados los procesos y una reimaginación de cómo se genera

valor, se prestan servicios y se gestionan las interacciones, en función de mejorarlos. Por ejemplo, en el sector sanitario, esto va más allá de la simple conversión de registros en papel a registros de salud electrónicos (RSE). Se trata de aprovechar los datos contenidos en esos RSE para realizar análisis predictivos, impulsar la atención sanitaria personalizada y desarrollar vías de atención integradas. (Bastias-Butler, 2019).

Bastias-Butter (2019), también refiere que: para lograr con éxito una transformación digital, es crucial ir más allá de la simple adquisición de tecnología. Es necesario hacer también un cambio radical que promueva una cultura de innovación que contemple a toda la institución. Es esencial un liderazgo visionario para priorizar el cambio cultural, lo que incluye la capacitación integral del personal de salud en habilidades tanto técnicas como blandas, promoviendo la gestión del cambio. En lugar de centrarse en compras tecnológicas aisladas, las instituciones de salud deben adoptar una planificación estratégica integrada y fomentar un entorno donde la innovación sea bienvenida y el aprendizaje continuo sea la norma, reconociendo que los factores humanos son tan vitales como las capacidades tecnológicas. (OMS,2021)

Entre los conceptos clave que definen la transformación digital en salud, la interoperabilidad de los datos emerge como un pilar central. Se refiere a la capacidad de diferentes sistemas, dispositivos y aplicaciones de salud para comunicarse, intercambiar, integrar y utilizar los datos de manera coordinada, fluida y segura, independientemente de su origen o formato. En esta investigación nos planteamos la interoperabilidad al distribuir los tres equipos tecnológicos en los Servicio de Clínica estomatológica, Cirugía y la Escuela de Bibliotecología y Archivología de la Facultad de Humanidades respectivamente, con el propósito de apoyar los procesos de continuidad asistencial a pacientes que son atendidos en este centro salud. La aplicación de la interoperabilidad permitirá la creación de un Expediente Clínico Electrónico (ECE) completo y accesible, que integre historiales médicos, resultados de laboratorio, imágenes diagnósticas y planes de tratamiento. Esto resulta crucial para una atención coordinada, la toma de decisiones clínicas informadas y la investigación médica basada en datos. Este proceso se desarrollará de forma escalar, modular y por fases, siendo esta la fase primaria o

diagnóstica.

Otro concepto esencial es la salud digital, un término amplio que engloba la telemedicina, la salud móvil, la salud conectada y la analítica de datos. La telemedicina, por ejemplo, permite la consulta remota entre pacientes y profesionales de la salud, eliminando barreras geográficas y temporales. La salud móvil, se lleva a cabo a través de aplicaciones y dispositivos portátiles, empodera a los individuos para gestionar su propia salud y bienestar. La analítica de datos, por su parte, extrae patrones y conocimientos valiosos de grandes volúmenes de información clínica y operativa, lo que facilita la medicina de precisión, la identificación de riesgos y la optimización de recursos sanitarios.

Adicionalmente, el momento tecnológico actual donde la inteligencia artificial (IA) y el aprendizaje automático son fuerzas disruptivas que potencian la transformación digital en salud, se debe pensar en la utilidad de estas tecnologías como herramientas que permiten el análisis predictivo, el diagnóstico asistido por computadora, el descubrimiento de fármacos y la personalización de tratamientos. Por ejemplo, algoritmos de IA pueden analizar imágenes médicas para detectar anomalías con mayor precisión que el ojo humano, o predecir la respuesta de un paciente a un determinado medicamento. La IA no reemplaza al profesional de la salud, sino que actúa como una herramienta de apoyo que mejora la capacidad diagnóstica y terapéutica.

La seguridad de la información y la privacidad de los datos son consideraciones primordiales en este proceso transformador. Dada la sensibilidad de la información de salud, es imperativo implementar medidas robustas de ciberseguridad y cumplir con regulaciones estrictas.

3.2.6. Beneficios de la digitalización de los datos clínicos.

La digitalización de datos es, en esencia, transformar información de un formato analógico, como el papel, a un formato digital. Una vez digitalizados, los datos pueden ser procesados, almacenados y compartidos por computadoras y otros dispositivos

electrónicos. Este proceso se fundamenta en la representación de la información mediante bits y bytes, que constituyen el lenguaje fundamental de los sistemas digitales, a diferencia de los caracteres escritos a mano o impresos. Entre los beneficios de la digitalización de datos, se encuentran:

- Mayor eficiencia y facilidad de búsqueda: los documentos digitales son más fáciles de localizar y ordenar que los documentos físicos.
- Mayor eficiencia en la gestión de la información: porque permite automatizar los procesos, reducir el tiempo dedicado a la gestión de documentos y mejorar la disposición colaborativa.
- Mejor conservación de la información: ya que los archivos digitales se pueden respaldar y proteger contra daños y pérdidas, y guardar copias en varios dispositivos.
- Reducción de costos: Porque, aunque requiere una inversión inicial en equipos de computación, se reducen los costos asociados al espacio físico para el almacenamiento en papel, impresión, envío de documentos y riesgo biológico para los trabajadores de los archivos manuales.
- Mayor seguridad de la información: porque permite implementar controles de acceso y medidas de seguridad que protege la identidad e información sensible de los pacientes.

La digitalización de datos es un proceso fundamental que permite aprovechar al máximo las ventajas de la tecnología digital para mejorar la gestión de la información de los servicios clínicos, incide de manera positiva y satisfactoria en la eficiencia, la ubicación de la información en tiempo real, la toma de decisiones oportunas, y en la productividad, originando un cambio beneficioso que incentiva la transformación institucional mediante la aceleración de los flujos de trabajo, minimizando el margen de error.

En el ámbito sanitario, la digitalización permite una gestión más ágil de la información, facilita diagnósticos y establecimiento de planes de tratamiento multidisciplinarios más rápido, y de forma más precisa, al mejorar la comunicación entre profesionales y pacientes, y se optimiza la monitorización continua (incluso remota), y el

seguimiento de los casos a largo plazo.

Por otra parte, la digitalización trae consigo la democratización de la información y el conocimiento, ya que la información digital puede ser compartida, accedida y consultada desde cualquier lugar, facilitando el trabajo a distancia, proporcionando respuestas más expeditas y personalizadas, acción fundamental para la docencia e investigación.

Finalmente, la digitalización es una herramienta estratégica, que viene a fortalecer, impulsar y propiciar la efectividad, eficacia y eficiencia dentro de la institución, donde la creatividad y la innovación juegan un papel crucial dentro del desarrollo organizacional de la mano con la toma de decisiones, apostando y adaptándose a cambios y transformaciones necesarias para su desarrollo.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS.

4.1. Descripción del sistema actual de registro de datos en Clínica Estomatológica.

Como ya se señaló anteriormente, el registro de datos de pacientes en el Servicio de Clínica Estomatológica, se realiza de forma manual, cada operador, que puede ser: el docente, el estudiante, el residente o la higienista, anotan los datos demográficos básicos en columnas dispuestas para ello (trazadas a mano). En cada turno se copia la fecha, nombre, edad, sexo, N° de HC, diagnóstico provisional, diagnóstico definitivo, nombre del estudiante, en que año está, nombre del residente, nombre del docente y procedimiento que se realizó.

Hasta ahora, decenas de libretas y cuadernos, que contienen estos datos, han sido almacenados durante años sin ningún tipo de orden ni cuidado en las gavetas de cátedra y servicio. Esta falta de organización, sumada a la ausencia de un responsable definido para la transcripción de la información, ha generado frecuentes errores ortográficos, caligráficos y omisiones en las anotaciones. En consecuencia, es lógico concluir que las investigaciones basadas en estos datos no han logrado reflejar fielmente la realidad del servicio o de la cátedra, debido a que son confusos, inconstantes,

informales, sin supervisión y periodicidad en su recopilación y revisión.

Parte de las funciones de la higienista incluía la recogida de datos en el servicio. Sin embargo, en Clínica Estomatológica no se ha repuesto este cargo desde septiembre de 2022, momento en el que se recuperó el servicio y se le permitió a las docentes reincorporarse tras la pandemia, declarada en marzo de 2020.

Tanto en la Cátedra como en el Servicio, la acumulación de material en desuso ha generado un grave problema. Cuadernos, oficios en papel, carpetas, e incluso vestuario clínico abandonados por docentes jubilados han colapsado gabinetes y estantes. Estos espacios no solo están inutilizados, sino que también están contaminados con micro y macroorganismos, que representan un riesgo biológico significativo. Aunque se mantienen cerrados, estos depósitos son una fuente de contaminación respiratoria y por contacto, para profesores y alumnos que conviven diariamente en esta área.

En la Cátedra, la situación se agrava por la deficiente ventilación natural. Las ventanas oscilantes, pequeñas y mal instaladas, ocupan sólo el borde superior de una pared y no abren completamente (menos de la mitad de su apertura). Esta limitación impide una correcta circulación de aire en la cátedra y el salón adjunto. El aire acondicionado dejó de funcionar luego de pandemia, y no se ha podido recuperar.

En contraste, el Servicio cuenta con el mismo tipo de ventanas batientes, pero estas sí funcionan, y además dispone de aire acondicionado. El Servicio se divide en dos áreas principales: la sala de examen y el quirófano, donde se realizan las biopsias. Actualmente (julio de 2025), la sala de examen cuenta con tres unidades que cumplen con las funciones básicas requeridas en Medicina Bucal: inclinan, reclinan, suben, bajan y encienden la luz. Sin embargo, en el quirófano, las dos unidades están mal posicionadas, lo que obliga al operador a trabajar con la espalda prácticamente pegada a la pared, dificultando la correcta ergonomía y restringiendo los movimientos libres necesarios para ejecutar los procedimientos cómodamente. Además, tanto en la sala de

examen como en el quirófano, si se atendiera a varios pacientes simultáneamente, la falta de privacidad sería evidente. No solo se verían unos a otros, sino que también escucharían la conversación a la que lleva la anamnesis, irrespetando la confidencialidad, autonomía y el derecho al secreto médico de cada individuo.

Estos inconvenientes requieren atención inmediata. Su análisis y abordaje deberían ser considerados como parte de una segunda fase de gestión operativa dedicada a este recinto. El objetivo principal de esta 2da fase sería optimizar el funcionamiento y aprovechamiento de los recursos, y la planta física tanto de la Cátedra como del Servicio.

En cuanto a la parte administrativa, en concordancia con los objetivos de la investigación, se inició la operacionalización de los datos del Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV, transcribiendo los apuntes manuales, en un archivo Excel, para convertirlos en datos concretos, objetivos, medibles y cuantificables.

Esta transcripción, se inició en tres archivos Excel, como se describe a continuación:

- ARCHIVO A: Todos los pacientes atendidos en el Servicio de Clínica Estomatológica en el período entre el 11 de enero de 2024, al 27 de junio de 2024 (seis meses), independientemente de sus diagnósticos. En este archivo están todos los pacientes que acudieron a consulta durante 6 meses, incluyendo las citas sucesivas.
- ARCHIVO B: Pacientes nuevos que no habían acudido antes, desde el 1ero de julio de 2024, hasta el 3 de junio de 2025 (11 meses), cuyos diagnósticos provisionales representaran exclusivamente condiciones malignas o potencialmente malignas. Esta observación sirvió de patrón digital preliminar para completar los datos de pacientes con condiciones malignas o potencialmente malignas que habían acudido antes, para que su seguimiento fuera más

prolongado en el tiempo: año y medio, dado el riesgo que representan estas condiciones. Además, este seguimiento permitió determinar ventajas, falencias y proponer sugerencias. En total, se monitorearon las lesiones malignas y potencialmente malignas durante 17 meses.

- ARCHIVO C: Este archivo constituye la data que aportó la docente de Cirugía, ya que, dada la necesaria interdisciplinariedad del trabajo cotidiano con este servicio, se inició la digitalización, también en un archivo Excel, de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por presentar condiciones patológicas de la cavidad bucal, desde enero de 2024 hasta junio de 2025 (18 meses).

4.2. Pacientes que acudieron a consulta de Clínica Estomatológica desde el 11 de enero al 27 de junio de 2024 (Archivo A).

A continuación, se describen los hallazgos de este proceso en el Servicio de Clínica Estomatológica:

ARCHIVO A:

El archivo Excel “A”, contiene todos los pacientes que acudieron a Clínica Estomatológica desde el 11 de enero al 27 de junio de 2024, es decir: representa el seguimiento de los pacientes durante 6 meses (Independientemente de los diagnósticos provisionales que presentaban).

Cuadro N° 1: Resumen del registro de pacientes de enero a junio 2024.

| N° de días Anotados (*) | N° de pacientes | Edad promedio (en años) | N° de Dx provisionales anotados (**) | N° Dx Provisionales benignos | N° Dx Provisionales malignos o Potencialmente malignos | N° Dx definitivos anotados | N° de diagnósticos definitivos no anotados o sin evolución |
|---|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|------------------------------|--|----------------------------|--|
| 95 (Fueron 97 pero durante dos días no hubo agua) | 454 F= 329 M= 125 | 45,5 | 514 | 410 | TOTAL: 104 M= 11 PM= 93 | 43 | 471 |

* En el cuaderno hay varios días con líneas libres de anotaciones

** Un mismo paciente podía presentar varias lesiones

De enero a junio de 2024, la consulta de Clínica Estomatológica atendió un total de 454 pacientes. Durante este periodo de seis meses se registraron 514 diagnósticos provisionales, lo que indica que varios pacientes presentaron múltiples lesiones concomitantes.

De los 514 diagnósticos provisionales registrados en este período, 410 fueron benignos (2 que fueron reportados luego definitivamente como potencialmente malignos), 93 fueron potencialmente malignos, y 11 malignos (3 de los cuales habían sido catalogados provisionalmente como benignos). Estos casos, en los que hubo disparidad entre el diagnóstico diferencial y el definitivo, fueron marcados en el cuadro N° 2 con un asterisco (*).

En cuanto al sexo y edad, se presentaron más pacientes femeninas (72,47%), que masculinos (27,53%), y la edad promedio fue de 45,5 años.

De los 514 diagnósticos provisionales, sólo 27 fueron anotados en la columna correspondiente a diagnósticos definitivos, del resto de los pacientes, sólo se disponen de datos incompletos, columnas vacías, o información incompleta (o ilegible) con respecto a su evolución.

En el cuadro N° 2, se expone mejor la situación antes planteada.

Cuadro N° 2: Diagnósticos provisionales y definitivos registrados de enero a junio de 2024, basados en el archivo A.

| Diagnóstico Provisional | N° de pacientes | Confirmación histopatológica o anotación de la evolución o Dx definitivo | Sin DxD |
|-------------------------|-----------------|---|---------|
| Fibroma Traumático | 82 | 2 confirmados como fibroma *1 reportado como papiloma | 79 |
| Leucoplasia | 51 | 2 displasias leves. 1 displasia moderada 1 hiperqueratosis friccional 1 Ca Células escamosas | 46 |
| ESP | 36 | Faltan datos evolutivos | 36 |
| UAR menores | 27 | Faltan datos evolutivos | 27 |
| Granuloma Piogénico | 23 | 1 granuloma piogénico, de los otros | 22 |

| | | | |
|---------------------------------------|-----------|--|----|
| | | no hay datos evolutivos completos | |
| Malformación vascular | 23 | Un caso resuelto, del otro no hay datos evolutivos completos | 22 |
| Síndrome de ardor bucal | 21 | No hay datos evolutivos completos | 21 |
| Mucocele | 18 | 1 se vació espontáneamente, acerca de los otros casos no hay datos evolutivos completos | 17 |
| Herpes labial recurrente | 17 | 2 casos resueltos, de los otros no hay datos evolutivos completos | 15 |
| Papiloma | 16 | 1 papiloma , de los otros no hay datos evolutivos completos | 15 |
| Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria | 15 | Un caso no requirió tratamiento, de los otros no hay datos evolutivos completos | 14 |
| Liquen plano | 11 | 1 displasia moderada , 1 pénfigo, de los otros casos no hay datos evolutivos completos | 9 |
| Candidiasis | 9 | *1 Ca Mucoepidermoide , Se desconoce por qué se hizo Bx a este caso. Del resto, no hay datos evolutivos completos | 6 |
| Úlcera traumática | 9 | 2 por quemadura química, el resto de los casos resueltos completamente | 0 |
| Carcinoma de células escamosas | 8 | 5 de Células escamosas 2 verrugosas 1 microinvasivo | 0 |
| Estomatitis Nicotínica | 7 | No hay datos evolutivos completos | 7 |
| Ránula | 6 | Referidos a Cirugía | 6 |
| Hiperqueratosis Friccional | 6 | *1 (displasia moderada y coilocitosis) De los otros casos no hay datos evolutivos completos | 5 |
| Lipoma | 5 | *1 Ca Mucoepidermoide De los otros pacientes no hay datos evolutivos completos | 4 |
| Mácula melanótica | 5 | No hay datos evolutivos completos | 5 |
| Pénfigo | 5 | 1 Pénfigo | 4 |
| Queilitis angular | 5 | No hay datos evolutivos completos | 5 |
| Penfigoide | 4 | No aparece evolución | 4 |
| S Sjögren | 4 | No aparece evolución | 4 |
| Fibroma osificante periférico | 4 | Referidos a Cirugía | 4 |

| | | | |
|----------------------------------|----------|---|---|
| Quiste dentígero | 4 | 1 Capuchón pericoronario hiperplásico, del resto de los pacientes no hay datos evolutivos completos | 3 |
| Nevus (2 de unión, 1 azul) | 3 | No aparece evolución | 3 |
| Melanosis del fumador | 3 | No aparece evolución | 3 |
| Fibroma odontogénico periférico | 3 | Referido a Periodoncia | 3 |
| Carcinoma verrugoso | 2 | 1 Ca células escamosas bien diferenciado, Del otro paciente no hay datos evolutivos | 1 |
| Neuropatía idiopática | 2 | No aparece evolución | 2 |
| Déficit vitamínico | 2 | No aparece evolución | 0 |
| Lupus, Lupus eritematoso cutáneo | 2 | Referido a Reumatología | 2 |
| Proceso infeccioso | 2 | No aparece evolución | 2 |
| Queilitis | 2 | 1 por contacto 1 angular, Resueltas en el servicio | 0 |
| Várices | 2 | No hay datos evolutivos completos | 2 |
| Reacciones liquenoides | 2 | 1 Lesiones liquenoides, Acerca del otro paciente no hay datos evolutivos completos | 1 |
| Tatuaje por amalgama | 2 | No hay datos evolutivos completos | 2 |
| Mucocele de Blandin-Nuhn | 1 | No hay datos evolutivos completos | 1 |
| Carcinoma microinvasivo | 1 | Bx en el servicio y referido a servicio oncológico | 0 |
| Absceso periodontal | 1 | No hay datos evolutivos de la lesión | 0 |
| Quiste teratogénico | 1 | Referido a Cirugía | 1 |
| Tatuaje por metal pesado | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Leucoplasia verrugosa | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Tatuaje por metal pesado | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Histoplasmosis | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Restos radiculares | 1 | Referido a Cirugía | 1 |
| Melanoacantoma | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Erosión traumática facticia | 1 | Resuelto en el servicio | 0 |
| Torus | 1 | Úlceras en torus. Se mantiene en control | 0 |
| Efélides | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Capuchón pericoronario hiperplásico | 1 | Capuchón pericoronario hiperplásico del 3er molar | 0 |
| Pericoronaritis | 1 | Pericoronaritis | 0 |
| Miofibroma | 1 | Miofibroma | 0 |
| Quiste odontogénico calcificante | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Queratosis del reborde | 1 | No hay datos evolutivos completos | 1 |
| Infección por Herpes Zóster | 1 | Herpes intrabucal | 0 |
| Morsicatum Buccarum | 1 | Caso resuelto, se confirma el Dx clínico | 0 |
| Glositis romboidea media | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Sialolitiasis | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Verruga vulgar | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Atrofia de papilas | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Síndrome de Peutz-Jeghers | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Neurofibromatosis | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Leucoplasia vellosa en encía adherida | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Queilitis actínica-queilitis de células plasmáticas | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Queilitis actínica | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Fibroma periférico de células gigantes | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Fibrolipoma | 1 | *1 Adenocarcinoma de células claras | 0 |
| Siliconoma | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Queratosis gingival | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Lengua atrófica | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Síndrome de Plummer-Vinson | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Pigmentaciones raciales | 1 | No requirió tratamiento | 0 |
| Déficit motor orbicular de los labios | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Úlcera aftosa recurrente mayor | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Mácula | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Lesión apical | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |

| | | | |
|--|---|------------------------------|---|
| Quiste periapical | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Cistoadenoma | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Púrpura trombocitopénica | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Mononucleosis | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Cementoblastoma | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Absceso cutáneo | 1 | Referido a dermatología | 1 |
| Gingivoestomatitis herpética primaria | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Patología de parótida | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Hiperqueratosis traumática | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Neuropatía idiopática | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Nevus azul | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Histiocitoma fibroso | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Fístula | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Neuralgia | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Reacción a cuerpo extraño | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Hematoma | 1 | Caso resuelto en el servicio | 0 |
| Linfoma No Hodgkin | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Melanosis | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Displasia epitelial leve | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Granuloma central de células gigantes | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Granuloma periférico de células gigantes | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Liquen pigmentario en lengua | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Pigmentación | 1 | No hay datos evolutivos | 1 |
| Reparo anatómico del conducto parotídeo | 1 | No se requiere tratamiento | 0 |

De los datos del cuadro N° 2, se puede afirmar que:

- Se atendieron 454 pacientes.
- Los pacientes podían presentar más de una lesión, y el diagnóstico provisional podía cambiar en citas sucesivas.
- Se anotaron un total de 514 diagnósticos provisionales, de los cuales: 43 tienen registro de evolución y/o diagnóstico definitivo, y 471 carecen de esa información. Uno de los casos se trató de un mucocele que se resolvió espontáneamente.
- De los 514 diagnósticos registrados, 410 presentaban diagnósticos provisionales benignos, 93 fueron catalogados como potencialmente malignos (resaltados en amarillo), y 11 como malignos (resaltados en color celeste).
- Los 93 diagnósticos provisionales potencialmente malignos correspondían a 93 pacientes, y los diagnósticos presuntivamente malignos a 11 pacientes.
- De los 93 diagnósticos provisionales potencialmente malignos, 9 fueron confirmados como tales, 1 resultó ser una lesión maligna, y 1 fue clasificada como una lesión benigna.
- De los 11 diagnósticos provisionales malignos, 9 fueron confirmados como tales; uno fue registrado provisionalmente como “carcinoma microinvasivo”, lo cual puede hacer pensar que el operador lo apuntó en la columna equivocada, y del otro caso no hay explicación alguna. Tres de las lesiones confirmadas histopatológicamente como malignas se correspondían con diagnósticos provisionales benignos: 1 candidiasis, 1 lipoma, 1 fibrolipoma; y una de las lesiones fue catalogada provisionalmente como una leucoplasia. En total se confirmaron 13 diagnósticos definitivos malignos (suponiendo que el Ca microinvasivo haya sido anotado en la columna equivocada).
- Los 15 diagnósticos provisionales más frecuentes, fueron, en orden decreciente: Fibroma traumático, Leucoplasia, Estomatitis subprotésica, Úlceras aftosas

recurrentes menores, Granuloma piogénico, Malformaciones vasculares, Síndrome de ardor bucal, mucocele, Herpes labial recurrente, Papiloma, Hiperplasia fibrosa inflamatoria, Liquen plano, Candidiasis, Úlceras traumáticas, y Carcinoma de células escamosas.

- De los 454 pacientes y 514 diagnósticos provisionales registrados, sólo se copiaron en la columna correspondiente a diagnósticos definitivos, 43. Es posible que algunos de los pacientes permanezcan todavía en control, pero llama la atención la poca información disponible en el cuaderno acerca de la evolución de tantos pacientes.

4.3. Pacientes nuevos con entidades provisionalmente diagnosticadas como potencialmente malignas, que acudieron a consulta de Clínica Estomatológica desde el 1ero de julio de 2024, hasta el 3 de junio de 2025 (17 meses, Archivo B).

ARCHIVO B:

El archivo Excel “B”, representa el seguimiento de los pacientes cuyos diagnósticos provisionales presentaban evidencias clínicas de ser condiciones potencialmente malignas o malignas de cavidad bucal, que acudieron a la Consulta de Clínica Estomatológica de la Facultad de odontología de la UCV entre el 1ro de julio de 2024 al 3 de junio de 2025 (17 meses). En el siguiente cuadro, se ilustran los datos del mencionado archivo.

Esta observación sirvió de patrón digital preliminar para determinar ventajas, falencias y proponer sugerencias, aunados a los datos disponibles del archivo A y el Archivo C.

Cuadro Nº 3: Resumen del registro de pacientes con diagnósticos malignos o potencialmente malignos entre julio de 2024 a junio de 2025.

| Nº de días laborables Anotados | Nº de pacientes | Edad promedio (en años) | Sexo Femenino | Sexo Masculino | Dx P Potencialmente malignos | Dx Provisionales malignos |
|--------------------------------|-----------------|-------------------------|---------------|----------------|------------------------------|----------------------------|
| 60 | 76 | 57,5 | 50 | 26 | M= 15 F= 41 Total: 56 | M= 11 F= 9 Total: 20 |

Del cuadro N° 3, que se corresponde con el Archivo “B”, se pueden deducir varias observaciones:

- En 17 meses, se registraron 76 pacientes que se presentaron a consulta exclusivamente con diagnósticos provisionales malignos o potencialmente malignos. 50 del sexo femenino y 26 del sexo masculino.
- En cuanto a los desórdenes potencialmente malignos, se reportaron 66 diagnósticos provisionales en 56 pacientes: 15 del sexo masculino, y 41 femeninas; de los cuales sólo 8 fueron confirmados como tales, y de los otros 48 no hay diagnóstico definitivo registrado en el cuaderno.
- En cuanto a los 20 pacientes diagnosticados provisionalmente como malignos, 11 fueron del sexo masculino, y 9 del sexo femenino. Sólo tres fueron confirmados histopatológicamente como malignos y de los otros 17 pacientes no hay datos en el cuaderno. Cabe destacar que: aunque eran 20 pacientes, los diagnósticos provisionales propuestos fueron de 21 tipos, pues algunos se anotaban como “vs”, o con dos diagnósticos provisionales.
- Cada paciente podía presentar varias lesiones y/o corresponderse con varios diagnósticos en el cuaderno; en el siguiente cuadro se ilustrará la situación de los pacientes malignos y potencialmente malignos del Archivo B.

Cuadro N° 4: Diagnósticos provisionales y definitivos exclusivamente malignos o potencialmente malignos, registrados desde julio de 2024 hasta junio de 2025, basados en el Archivo B.

| Diagnóstico Provisional | N° de pacientes | Confirmación histopatológica | Sin Dx D |
|-------------------------|-----------------|--|----------|
| Leucoplasia | 36 | 2 displasias moderadas 1 leucoplasia, 1 displasia leve 1 hiperqueratosis | 31 |
| Liquen plano | 14 | 1 leucoplasia 1 liquen plano | 12 |
| Ca de Celulas escamosas | 10 | 1 hiperplasia verrugosa | 9 |
| Papiloma | 4 | 0 | 4 |

| | | | |
|-------------------------------------|---|--|---|
| Leucoplasia verrugosa proliferativa | 2 | 1 Displasia leve y moderada | 1 |
| Carcinoma mucoepidermoide | 1 | 1 Ca Mucoepidermoide | 0 |
| Tumor de piso de boca | 1 | 0 | 1 |
| Tumor de base de lengua | 1 | 0 | 1 |
| Pénfigo | 1 | 0 | 1 |
| Condiloma | 1 | 0 | 1 |
| Penfigoide | 2 | 1 Penfigoide | 1 |
| Papiloma | 5 | 0 | 5 |
| Leucoplasia verrugosa | 1 | 1 Displasia epitelial leve y moderada | 0 |
| Osteosarcoma | 1 | 0 | 1 |
| Ca orofaríngeo | 1 | 1 Ca células escamosas bien diferenciado | 0 |
| Ca verrugoso | 1 | 1 Ca verrugoso | 0 |
| Tumor trigono retromolar | 1 | 0 | 1 |
| Úlcera inespecífica | 2 | 0 | 2 |
| Tumor cuadrante I | 1 | 0 | 1 |
| Tu inespecífico | 1 | 0 | 1 |

* En los diagnósticos provisionales podía haber más de uno por cada paciente, o cambiar según el día de la cita sucesiva, por eso aparecen en total 87 diagnósticos provisionales, a pesar de que hay 76 pacientes.

Del Cuadro N° 4, basado en el Archivo B, se pudieron distinguir las siguientes observaciones:

- Se registraron un total de 76 pacientes.
- Los pacientes podían presentar más de una lesión (se anotaron en total 87 diagnósticos provisionales, de 20 tipos distintos).
- De los 66 pacientes con diagnósticos provisionales potencialmente malignos, 9 fueron confirmados como tales a través del estudio microscópico, 2 resultaron histopatológicamente benignos, y no hay datos en el cuaderno con respecto a la evolución y el diagnóstico definitivo de 45.

- De los 20 pacientes diagnosticados provisionalmente como malignos, 3 fueron confirmadas como lesiones malignas, una como benigna mediante estudios histopatológicos, y se desconoce la evolución y el diagnóstico definitivo de 17, pues no hay registro alguno en el cuaderno.
- Los 20 diagnósticos provisionales más frecuentes entre julio de 2024 a junio de 2025, representados en el archivo “B”, que sólo tomó en cuenta diagnósticos malignos o potencialmente malignos, fueron, en orden decreciente: Leucoplasia, Liquen plano, Carcinoma de Células escamosas, Papiloma, Leucoplasia verrugosa proliferativa, Carcinoma mucoepidermoide, Tumor de piso de boca, Tumor de base de lengua, Pénfigo, Condiloma, Penfigoide, Leucoplasia verrugosa, Osteosarcoma, Carcinoma orofaríngeo, Carcinoma verrugoso, Tumor de trígono retromolar, Úlcera inespecífica, Tumor cuadrante I, Tumor inespecífico.

Para resumir la situación de los datos del Servicio de Clínica Estomatológica expuesta a través de la presentación de los resultados representados en los cuadros anteriores, y antes mostrar los resultados de la Cátedra de Cirugía, es importante enfatizar en ciertos puntos:

- La totalidad de pacientes diagnosticados con lesiones potencialmente malignas y malignas que acudieron al servicio, en 17 meses, de enero de 2024 a junio de 2025, fue de 180 pacientes.
- El número de pacientes con diagnósticos definitivos de condiciones potencialmente malignas de la cavidad bucal en este período fue 18 pacientes
- El número de pacientes confirmados o con diagnóstico histopatológicos de lesiones malignas, fue 22 pacientes, de los cuales 1 fue provisionalmente catalogado como Candidiasis, uno como lipoma, uno como fibrolipoma, y otro como una leucoplasia (es decir, que sus diagnósticos provisionales no fueron

sospechados clínicamente como malignidad).

- El número de diagnósticos provisionales malignos y potencialmente malignos, anotados en los cuadernos, y de los cuales no se tiene registro de sus diagnósticos histopatológicos definitivos y/o evolución, asciende a 921, y se corresponden con un total de 494 pacientes. La disparidad entre las cifras se explica porque un mismo paciente puede tener dos diagnósticos o más provisionales, e incluso esos cambios pueden sugerirse en citas sucesivas, de lo cual puede quedar registro en esas consultas posteriores.

El siguiente cuadro, resume los aspectos más importantes de los pacientes con diagnósticos malignos y potencialmente malignos, observados y analizados durante un periodo de 17 meses en el Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología de la UCV:

Cuadro N° 5: Resumen de pacientes con diagnósticos provisionales o definitivos de neoplasias malignas y desórdenes potencialmente malignos en el Servicio de Medicina Bucal.

| | Enero-junio 2024 (6 meses) Cuadro "A" | Julio 2024-junio 2025 (11 meses) Cuadro "B" | "A" + "B" (17 meses) |
|--|--|--|---|
| Nº pacientes con Dx provisional de neoplasias malignas y desórdenes potencialmente malignos | 104 pacientes | 76 pacientes | 180 pacientes |
| Nº pacientes con Dx definitivo de desórdenes potencialmente malignos | 9 pacientes | 9 pacientes | 18 pacientes |
| Nº de pacientes con Dx definitivo de neoplasias malignas | 9 pacientes | 13 pacientes | 22 pacientes |
| Nº de diagnósticos provisionales malignos y desórdenes potencialmente malignos sin registrar ni disponer datos de su evolución | 471 diagnósticos | 73 diagnósticos | 544 diagnósticos |
| Nº de pacientes con neoplasias malignas y desórdenes potencialmente malignos sin Dx definitivo ni evolución completa | 432 pacientes | 62pacientes | 494 pacientes SIN CONFIRMAR DIAGNÓSTICO O EVOLUCIÓN |

El análisis de estos resultados arroja una reflexión crucial: tras brindarle atención a todos los pacientes que acuden al Servicio de Clínica Estomatológica, hemos identificado a 494 individuos con 544 diagnósticos provisionales malignos o potencialmente malignos. Sin embargo, carecemos de sus datos de contacto, lo que nos impide alertarlos sobre el riesgo de una evolución maligna si no reciben tratamiento oportuno. Esta situación subraya la imperante necesidad de contar con un registro de datos completo digital, principal propuesta de esta investigación

4.4. Archivo C. Cirugía Bucal. Periodo de enero 2024-junio 2025 (18 meses) Cátedra de Cirugía Bucomaxilofacial.

La interdisciplinariedad entre Medicina Bucal y el Servicio de Cirugía Bucal ha sido fundamental y existe desde la fundación de la Facultad de Odontología. Esto se debe a que Cirugía se encarga de las biopsias o tratamientos quirúrgicos de lesiones que, por su extensión, localización anatómica o riesgo de hemorragia, exceden el ámbito de Medicina Bucal. Prácticamente todas las lesiones que Clínica Estomatológica remite a Cirugía ya cuentan con un diagnóstico provisional patológico.

Entre enero de 2024 y junio de 2025 (un período de 18 meses), el Servicio de Cirugía obtuvo los siguientes resultados en la atención de pacientes:

- Se registraron 32 biopsias en 15 meses.
- Se obtuvieron 21 diagnósticos definitivos. (65,62%)
- La edad promedio de las personas atendidas fue 52 años.
- En cuanto al género, acudieron 17 mujeres (53%) y 15 hombres (47%)
- A 16 (50%) pacientes se les solicitó número de cédula para su identificación, además de los otros datos incluidos en la historia clínica.
- Fueron 11 (34%) pacientes donde el diagnóstico provisional clínico coincidió con el diagnóstico histopatológico definitivo.
- De los pacientes tratados y con diagnóstico histopatológico definitivo, 29 (91%) representaban diagnósticos benignos, 2 (6%) representaban diagnósticos de malignidad y 1 (3%) de desórdenes potencialmente malignos.
- De estos casos diagnosticados fueron referidos a otros servicios: Cátedra de Totales: 4 (13%), Cátedra de Clínica Estomatológica: 5 (16%), Oncológico Padre

Machado: 2 (6%), Ipasme: 1 (3%), Sin referir (62%)

- En cuanto a los diagnósticos histopatológicos más frecuentes se encontró:

Ránulas: 3 (9,37%)

Granuloma Piogénico: 2 (6,25%)

Hiperortoqueratosis y acantosis: 2 (6,25%)

Fibroma traumático: 2 (6,25%)

Hiperqueratosis, acantosis: 1 (3,13%)

Hiperqueratosis, acantosis, displasia: 2(6,25%)

Linfoma: 1(3,13%)

Hiperplasia fibrosa inflamatoria: 1(3,13%)

Quiste paradental: 1(3,13%)

Quiste gingival del adulto: 1 (3,13%)

Mucocele: 1 (3,13%)

Carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado: 1 (3,13%)

Quiste Dentigero crónicamente inflamado: 1 (3,13%)

Displasia cemento ósea focal: 1 (3,13%)

Lipoma 1 (3,13%)

Al ser Cirugía un servicio de alta demanda y un centro de referencia para pacientes con necesidades quirúrgicas bucales, la baja cantidad de biopsias registradas sugiere un subregistro significativo. Esta hipótesis se refuerza al revisar el cuaderno de control manual, donde se observaron lapsos de días e incluso semanas sin anotaciones. Esto representa una grave limitación en la continuidad y fiabilidad del registro asistencial. Además, la presencia de datos incompletos y caligrafía ilegible dificulta aún más la correcta documentación.

La falta de consignación de los resultados histopatológicos definitivos constituye otra deficiencia crítica. Si bien las biopsias son ejecutadas en su mayoría por los estudiantes del Postgrado de Cirugía Bucal de la FOUCV, los respectivos informes no son sistemáticamente incorporados al registro del caso, lo que interfiere con el seguimiento clínico, la evaluación de la concordancia diagnóstica y el ejercicio de una

vigilancia epidemiológica responsable.

En los datos disponibles, se identificó una coincidencia entre el diagnóstico clínico provisional y el definitivo en solo dos (2) casos (40 %), lo que resalta la importancia de validar las sospechas clínicas mediante un proceso de registro y confirmación diagnóstica robusto y oportunamente documentado.

La derivación de un caso (20 %) al área oncológica externa sugiere que el servicio enfrenta patologías de alto compromiso, como lo indica el diagnóstico de linfoma. Esto subraya la necesidad de establecer un sistema formal de seguimiento, interconsulta y referencia, respaldado por una infraestructura digital confiable.

En conjunto, los resultados expuestos evidencian la urgencia de implementar un sistema de registro clínico digital, que permita no sólo optimizar la gestión de la información asistencial, sino garantizar la trazabilidad de cada caso, fortalecer la vigilancia epidemiológica institucional y sustentar la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia verificable.

A continuación, en el Archivo “C”, se muestran los resultados explicados anteriormente con respecto a la situación de Cirugía, durante 18 meses de observación.

Cuadro 6: Pacientes atendidos en Cirugía por presentar lesiones patológicas en cavidad bucal (Anotados durante 18 meses)

| Edad | Sexo | Dx. Provisional | Dx. Definitivo | Tratamiento |
|-------------|-------------|----------------------------------|-----------------------|--------------------|
| 67 | M | Lesión fibroósea | 0 | Bx excisional |
| 58 | F | Hiperplasia Fibrosa inflamatoria | 0 | Excéresis Qx |
| 68 | M | Ránula | Ránula | Marsupialización |
| 53 | M | Carcinoma Sinusal | Linfoma | Bx Incisional |
| 14 | F | Lesión intraósea | 0 | Bx Incisional |
| 65 | F | Hiperplasia fibrosa inflamaotria | 0 | Bx Excisional |

| | | | | |
|----|---|----------------------------------|-----------------------------|---------------|
| 64 | F | Papiloma Escamoso | 0 | Bx Excisional |
| | F | Leucoplasia, Liquen Plano | 0 | Bx Incisional |
| 70 | F | Lipoma | 0 | Bx Excisional |
| 50 | M | Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria | 0 | Bx Incisional |
| 70 | M | Leucoplasia, Liquen Plano | 0 | Bx Incisional |
| 26 | F | Ránula | Ránula | Bx Excisional |
| 56 | M | Fibroma traumático, Papiloma | Fibroma Traumático | Bx Excisional |
| 26 | M | Ránula | Ránula | Bx Excisional |
| 82 | M | Ca de Células Escamosas | Ca Cél Esc Mod Diferenciado | Bx Incisional |
| 19 | | | 0 | Bx Excisional |
| 37 | M | Quiste Gingival del adulto | Quiste gingival del adulto | Bx Excisional |
| 44 | M | Papiloma Escamoso | Mucocele | Bx Excisional |
| 73 | F | | 0 | Bx Excisional |

En cuanto al Archivo “C” y al cuadro N° 6, se exponen las observaciones realizadas por la docente coinvestigadora de la Cátedra y Servicio de Cirugía:

- Durante el período de análisis, que comprendió dieciocho (18) meses, se registró un total de treinta y dos (32) biopsias realizadas, de las cuales solo veintiuna (21) contaron con diagnóstico histopatológico definitivo (66%). Esta proporción evidencia una limitación sustancial en la trazabilidad diagnóstica, comprometiendo el seguimiento clínico adecuado de los casos.
- El escaso número de biopsias documentadas en este Servicio, durante el periodo establecido revela la existencia de un subregistro significativo. Esta situación se ve confirmada tras la revisión del cuaderno de control manual, en el que se evidencian vacíos en la documentación diaria, con lapsos de varios días e incluso semanas sin anotaciones, lo que limita severamente la continuidad del registro clínico.

- Adicionalmente, se observaron deficiencias de forma en los registros existentes, tales como caligrafía ilegible, ausencia de datos clave (como el número de cédula en el 50 % de los pacientes), e inconsistencia en el reporte de resultados definitivos. En todos los casos intervenidos quirúrgicamente, los informes histopatológicos no son incorporados posteriormente al registro clínico, lo que impide cerrar correctamente los ciclos asistenciales y compromete la construcción de una base de datos diagnóstica confiable.
- La tasa de coincidencia entre el diagnóstico clínico provisional y el definitivo fue de apenas 34%, lo cual subraya la necesidad de mejorar los mecanismos de validación diagnóstica, así como fortalecer el proceso de retroalimentación entre el acto quirúrgico, el laboratorio histopatológico y el archivo clínico institucional.
- Del total de casos, el 91 % correspondió a lesiones benignas, un 6 % a patologías malignas y un 3% a desordenes potencialmente malignos. La presencia de diagnósticos de alta complejidad, como linfoma y carcinoma escamoso, demuestra que el servicio atiende casos con implicaciones oncológicas relevantes, lo que demanda una vigilancia epidemiológica rigurosa y sostenida.
- Diversidad diagnóstica: Entre los diagnósticos destacados figuran patologías como ránulas, granulomas piogénicos, hiperqueratosis, fibroma traumático, entre otros.
- Edad promedio: Los pacientes intervenidos presentaron una edad media de 52 años, lo cual sitúa a esta población dentro de un grupo etario de riesgo para el desarrollo de ciertas enfermedades crónicas y neoplasias bucales, lo que justifica aún más la necesidad de protocolos estandarizados de diagnóstico precoz y seguimiento sistemático.
- Distribución por género: Hubo una ligera mayoría de pacientes femeninas, representando un 53 % frente al 47 % de pacientes masculinos. Esta distribución sugiere una participación equitativa en la demanda asistencial. 9. Finalmente, se destaca que el 62,5 % de los pacientes no fueron formalmente referidos a otros

servicios, lo que puede deberse tanto a la omisión de ese dato en el registro como a la ausencia de un sistema estructurado de derivación y seguimiento interdisciplinario.

Los hallazgos encontrados evidencian la urgencia de implementar un sistema digital de registro clínico, que permita superar las deficiencias del sistema manual actual, garantizar la integridad de la información, fortalecer la trazabilidad de los casos y establecer una base sólida para la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones clínicas fundamentadas.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES.

Dado que esta investigación se centró en las ventajas del registro digital frente al manual en el Servicio de Clínica Estomatológica de la UCV, a continuación, presentamos los comentarios críticos, la discusión y las sugerencias que surgieron de nuestro estudio. Con esto buscamos establecer conclusiones útiles que permitan dar continuidad a esta primera fase de transición diagnóstica entre lo manual y lo digital. Para facilitar la discusión, la hemos dividido por áreas de interés.

1. La gestión operativa como herramienta de optimización de procesos, recursos, personal y datos del Servicio de Clínica Estomatológica de la UCV.

Respecto a la gestión operativa y la transformación digital de los datos de pacientes en el Servicio de Clínica Estomatológica de la UCV, es crucial abordar los siguientes puntos clave para una digitalización efectiva en servicios de salud:

- Impacto de la gestión operativa: El impacto de la gestión operativa fue evidente. Tras el esfuerzo de los clínicos al transcribir manualmente los datos de los cuadernos a archivos Excel, se obtuvieron hallazgos inmediatos que validaron la eficacia de esta nueva forma de organizar la información. Se logró una mejora significativa en la eficiencia, calidad y legibilidad de los datos, facilitando enormemente la localización de la información de pacientes, docentes y

estudiantes. Esta organización permitió tomar decisiones más rápidas y precisas, ajustadas a la realidad de cada caso; a diferencia de los registros manuales a través de cuadernos, donde la caligrafía o la ortografía a menudo impedían identificar incluso el nombre del paciente o existían líneas enteras sin anotaciones, la maqueta de prueba de 18 meses (centrado especialmente en pacientes con diagnósticos malignos y potencialmente malignos) demostró su superioridad. Con este sistema, fue posible localizar fácilmente los casos, identificar a los operadores tratantes, intervenir expeditamente en la solución de los problemas y dejar constancia fiel y exacta tanto en la hoja de evolución manual como en digital.

- **Beneficios de la digitalización:** La digitalización ofrece ventajas claras y significativas. Permite un acceso rápido a la información y elimina la duplicación o la doble asignación de casos. Además, asegura la legibilidad, veracidad y el orden cronológico de los datos recopilados. Contar con un sistema de datos coherente y fiable es fundamental. Esto garantiza que las investigaciones se basen en información precisa, lo que a su vez fortalece las buenas prácticas científicas y fomenta la excelencia en la academia y la investigación. La digitalización también optimiza la asignación de recursos, facilita la planificación estratégica y asegura el cumplimiento de las normativas institucionales.
- **Impacto en la atención de los pacientes:** El impacto beneficioso más importante radica en la atención oportuna y una práctica clínica basada en evidencias verdaderas, en un tiempo menor, y con más asertividad entre el diagnóstico presuntivo, la conducta terapéutica y el diagnóstico definitivo. Indudablemente tener a disposición, de forma inmediata la evolución cronológica del paciente, agiliza la toma de decisiones, y permite un seguimiento más efectivo de cada caso.
- **Desafíos encontrados:** Definitivamente, el no tener disponibilidad de equipos de computación, era el principal impedimento para avanzar hacia la transformación digital de los datos del Servicio. Una vez otorgados los equipos por parte del

MINCYT, luego de la convocatoria de julio de 2024, se inició un trabajo multidisciplinario que logró y superó los objetivos planteados en la investigación, pues no sólo se realizó la fase diagnóstica basada en la muestra de la data de los pacientes, sino que, durante el trabajo de campo, se evidenciaron falencias que podrán ser abordadas en el corto y mediano plazo. Otra de las dificultades que se presentaban anteriormente la constituía trabajar con insumos desechables e instrumental de mala calidad o ya muy desgastados, cosa que también pudo mejorarse gracias al financiamiento otorgado.

No hubo resistencia al cambio. Al contrario, el personal de la Cátedra y Servicio mostró buen ánimo y disposición para apoyar y continuar la digitalización, con miras a la automatización de los procesos mediante software específicos. La única dificultad real e inmediata es que se asigne al servicio un pasante o preparador para transcribir diariamente los datos manuales al archivo Excel ya iniciado. Uno de los desafíos superados, gracias a la disponibilidad de computadoras y al inicio de esta fase diagnóstica de la digitalización, tiene que ver no sólo con la preservación y fiabilidad de los datos, sino también con la protección de información sensible para pacientes, estudiantes y docentes. Esto se logró porque la computadora cuenta con una clave, que permite restringir el acceso a los archivos sólo a personal autorizado.

- Perspectivas futuras: El primer paso hacia la digitalización ha sido la conversión de datos manuales a datos digitales en un archivo Excel. Este proceso inicial, que abarcó seis meses para todos los pacientes, y un año adicional de observación exclusiva para casos malignos y potencialmente malignos, ha resultado ser una herramienta valiosa. Nos ha permitido evidenciar la gran ventaja de disponer de datos confiables de forma inmediata y segura, lo que ha beneficiado tanto el análisis clínico como la gestión académica e institucional. En el futuro, aspiramos implementar un software específico que automatice por completo nuestros procesos clínico-administrativos. Entendemos que la digitalización es sólo el inicio, y la automatización, a su vez, es la puerta de entrada para aprovechar el

potencial de la inteligencia artificial. Con ella, aspiramos analizar casos de manera más eficiente, mejorar la toma de decisiones y participar a distancia en intercambios académicos e investigativos con colegas de otros países.

Finalmente, la implementación inicial de la transformación digital en la gestión de datos del servicio permitió evaluar y comparar el sistema manual tradicional con las ventajas del entorno digital. Se constató que los datos digitales son de mayor calidad: más precisos, consistentes, seguros y confidenciales. Además, el almacenamiento y acceso a la información resultaron óptimos, y el análisis de estos datos incrementa significativamente la calidad del servicio, la coherencia de los procesos y la eficiencia operativa. Esto se debe a que minimiza los errores humanos y facilita la interoperabilidad multidisciplinaria.

2. La digitalización de los datos del Servicio de Clínica Estomatológica como una iniciativa proclive a la modernización, gestión ética de la información, y transformación del ejercicio profesional clínico, docente e investigativo.

La realización de esta investigación, tal como se señaló en el marco teórico, no sólo no desestima el sistema de compilación de datos de forma manual, sino que le da su justo valor, recomendando que ese material en papel sea debidamente recolectado y preservado, siempre bajo medidas de bioseguridad; y lo que se espera es que haya una oportunidad real que encamine al servicio de Clínica Estomatológica hacia la modernización, en sintonía con la innovación tecnológica que se está viviendo históricamente, con miras a aprovechar todas sus ventajas, a beneficio de los pacientes.

El sólo hecho de haber iniciado la transcripción de los datos manuales a un formato digital, ha permitido notar los buenos frutos de esa transformación, entre los cuales podemos incluir:

- . Mejora de la eficiencia en la recolección y fiabilidad de los datos, así como su rápida e inmediata disponibilidad cuando se requieren.
- . Rápida identificación de los pacientes y detección de asignaciones dobles y/o errores caligráficos u ortográficos en los nombres, nombres de los diagnósticos y datos

evolutivos. En este punto es vital resaltar que se agregará una columna de datos, destinada a anotar el número de cédula del paciente, ya que éste es un dato personalísimo que permitiría identificar de qué paciente se trata, aunque dos personas se llamaran igual, o se haya apuntado mal su nombre. La rapidez con la que se dispone de los datos del paciente, permite optimizar el turno, y dedicarle más tiempo a la atención de los pacientes.

- . Minimización de los errores humanos, tanto de transcripción, como de manejo de datos.

- . Seguridad y confidencialidad de los datos, dado que el acceso a los mismos estará disponible exclusivamente para personal autorizado, protegiendo la privacidad de los pacientes.

- . Interoperabilidad y acceso remoto a los datos entre las disciplinas involucradas en cada caso, para realizar tantas interconsultas como se requieran, en el momento oportuno. Este hecho incluso ahorra tiempo, riesgo y dinero, ya que evita que el paciente se traslade varias veces para acudir al servicio.

- . Integración con otras aplicaciones y herramientas digitales, que facilita el análisis de datos, promoviendo investigaciones basadas en información veraz, confiable, que es lo que conduce a resultados íntegros, y a la excelencia investigativa. Se aspira a que la apertura digital del servicio algún día permita la gestión automática de citas, y el monitoreo remoto de pacientes, dependiendo de la patología.

- . Mayor control de costos y reducción del uso contaminante de papel.

- . La rapidez con que se puede acceder a los datos optimiza la atención del paciente, lo que permite dedicar más tiempo a su atención.

El producto principal generado por esta investigación es el logro de una fase incipiente para una adecuada gestión de la información clínica, obtenida a partir de los datos aportados por los pacientes, y las conclusiones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que constituyen la obra de ingenio de los profesionales de la salud.

Este repositorio digital de datos clínicos confiables, originará, entre otras ventajas:

- . La creación de dos nuevas líneas de investigación interdisciplinarias.

. La incorporación de prácticas de pre y postgrado especializadas en estas nuevas áreas de Archivos Clínicos y Gestión de la información de salud; y Gestión de la información médica y protección de la privacidad del paciente, que generarán nuevas pasantías., oportunidades de estudio, asignaturas transversales a varias disciplinas, cursos y otros productos académicos.

. La divulgación mediante artículos científicos innovadores (actualmente en elaboración) de los resultados del área investigada y las subáreas derivadas de la misma.

. La incorporación de la obra in extenso en el Repositorio Institucional SABER UCV

. El ascenso de la profesora instructora coinvestigadora del proyecto

3. Impacto de la digitalización de los datos del Servicio de Clínica Estomatológica en la evolución y pronóstico de los pacientes, con énfasis en el Cáncer Bucal.

Esta investigación, basada en una muestra intencional, demuestra cómo la digitalización de datos en un servicio clínico puede mejorar significativamente el pronóstico de pacientes con cáncer bucal u otras patologías. Al facilitar un mejor acceso a la información, la digitalización permite tomar decisiones informadas y consensuadas en equipos multidisciplinarios, fomenta la participación activa del paciente y sus familiares, y promueve una mayor colaboración entre profesionales. Todo esto, en última instancia, conduce a diagnósticos más tempranos y tratamientos más efectivos

También, facilita el análisis de grandes volúmenes de datos, lo que puede ayudar a identificar patrones y tendencias que no serían evidentes en registros en papel (y de hecho la experiencia del Servicio lo ha demostrado). Los sistemas de gestión de datos pueden ofrecer información sobre la efectividad de diferentes tratamientos, la tasa de supervivencia de pacientes con características similares, o la presencia de factores de riesgo asociados al cáncer bucal. Esta información basada en verdadera evidencia, coleccionada de manera ética y fidedigna, puede guiar a los profesionales de la salud en la toma de decisiones sobre el tratamiento más adecuado para cada paciente, y ser la base de investigaciones veraces, íntegras, y sobre todo: adaptadas a la realidad e

idiosincrasia de nuestra población.

Por otra parte, la digitalización facilita el intercambio de información entre diferentes profesionales de la salud, como se ha indicado antes, los cuales pueden formar en un momento dado equipos interdisciplinarios de consulta. La comunicación fluida y la posibilidad de acceder a la misma información de manera simultánea pueden mejorar la coordinación del tratamiento y asegurar que el paciente reciba una atención integral y personalizada. De igual forma, tener la información digitalizada del paciente, puede contribuir a la detección temprana del cáncer bucal a través de herramientas de análisis de imágenes y sistemas de apoyo para la toma de decisiones clínicas. Además, permite un seguimiento más eficiente de los pacientes, lo que ayuda a identificar cualquier señal de recaída o progresión de la enfermedad precozmente, lo que a su vez permite tomar medidas correctivas con rapidez.

En resumen, la digitalización de datos en el ámbito del cáncer bucal ofrece numerosas ventajas que pueden mejorar la atención al paciente: desde la detección temprana y el diagnóstico preciso, hasta la implementación de tratamientos más efectivos y el seguimiento a largo plazo, lo que en última instancia puede traducirse en una mejora en las tasas de supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. La experiencia de los pacientes se ve indudablemente beneficiada porque se sienten más seguros, en manos expertas, se reduce el tiempo de espera, se facilita la comunicación con tantos especialistas como lo requieran sus casos en un tiempo breve, y el paciente puede ser informado de una manera más ética y considerada acerca de su condición y evolución, respetando su autonomía con respecto a las decisiones que se tomen acerca de sí mismos, es decir: a su dignidad y autonomía, entendida como el derecho a ser copartícipe en todo lo que vaya decidiendo el equipo sanitario.

Referencias:

- 1- Alarcón Belmonte, I., Sánchez Collado, R., Yuguero, O., Acezat Oliva, J., Martínez-Millana, A., Saperas Pérez, C. (2024). La alfabetización digital como elemento clave en la transformación digital de las organizaciones en salud. *Atención primaria*, 56(6), 102880. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102880>
- 2- Alvarado A. (2025) Desafíos estructurales en la transformación digital de los servicios públicos en el sector salud: Una revisión de literatura. *Revista Espacios – Vol. 46, N° 03, May-Jun.*
- 3- Bagolle A, Casco M, Nelson J, Orefice P, Raygada G, Tejerina L. (2022) La gran oportunidad de la salud digital en America Latina y el Caribe. Washington, D.
- 4- Bastias-Butler, E., Ulrich, A. (2019). Transformación digital del sector salud en América Latina y el Caribe: La historia clínica electrónica. <https://doi.org/10.18235/0001659>
- 5- Bravo, L. M., Arenas, J. L., Castillo, F. E., y Diaz, M. F. (2024). Estrategias de transformación digital en entornos gubernamentales. *Revista Venezolana De Gerencia*, 29(107), 1285-1299. <https://doi.org/10.52080/rvgluz.29.107.20>
- 6- Casbarro, R. 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. Trabajo de Ascenso para optar al escalafón de Agregado en la Universidad Central de Venezuela, 2007-2015. Repositorio Saber UCV. [Recurso de Internet]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10872/21940>
- 7- Castillo-Salgado C. Mujica O. Loyola E, y cols. (2011). OPS. Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). [Recurso de Internet]. Disponible en: <https://www3.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE4.pdf> ISBN: 92 75 32407 7
- 8- Contreras Rodríguez Diego Emilio (May 6, 2025) MPPS realizó conferencia sobre la “Transformación Digital al Servicio de la Salud”. Disponible en: [https://mpps.gob.ve/mpps-realizo-conferencia-sobre-la-transformacion-digital-al-servicio-de-la-salud/#:~:text=Salud%20\(SPNS\).-La%20Dra.,los%20servicios%20p%C3%BAblicos%20de%20salud](https://mpps.gob.ve/mpps-realizo-conferencia-sobre-la-transformacion-digital-al-servicio-de-la-salud/#:~:text=Salud%20(SPNS).-La%20Dra.,los%20servicios%20p%C3%BAblicos%20de%20salud).
- 9- Cruz, M. Digitalización de historias clínicas: análisis de un proyecto en un contexto real en el Servicio Extremeño de Salud en España. (2020). [Recurso de Internet]. Disponible en: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
- 10- Estrada Bravo L, (2024). Archivística Médica: La Ciencia de Organizar y Gestionar la Información en la Salud. *Archivos de Medicina*. Vol.20.4:1640

- 11- Farias, M. A., Badino, M., Marti, M., Báscolo, E., García Saisó, S., & D'Agostino, M. (2023). *La transformación digital como estrategia para el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública en las Américas*. Revista Panamericana de Salud Pública, 47, e150. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.150>
- 12- Febres, C. F. (1967). Historia de la Facultad de Odontología de la UCV. Caracas, Biblioteca de la Facultad de Odontología, Cota: D040200005954
- 13- Fuentes de información para los registros de cáncer de base poblacional. [Recurso de Internet]. Disponible en: <https://publications.iarc.fr/publications/media/download/4258/8e6786e11468ffd28b2981e8760b6a43fbd2d820.pdf>
- 14- Fuster Ruiz F. (1999) Archivística, Archivo, Documento de Archivo... Necesidad de clarificar los Conceptos. Anales de Documentación, 2, Págs. 103-120
- 15- García-Arocha C. (2010) Discurso de orden pronunciado por la Rectora de la UCV, profesora Cecilia García-Arocha, durante el acto de conmemoración de los 70 años de la creación de la Facultad de Odontología. Disponible en: <http://www.ucv.ve/estructura/rectorado/discursos-pronunciados-por-la-rectora/julio-2010/70-anos-de-la-creacion-de-la-facultad-de-odontologia.html>
- 16- González-Alva, P. (2024). *La transformación de la odontología y la innovación digital*. Revista Odontológica Mexicana, 28(1). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rom/article/view/86548>
- 17- Johnson, G., & Eastell, R. (2023). Data Quality and Data Management in Clinical Research. *Journal of Clinical Research & Bioethics*, 14(1), 1000678.
- 18- Mehrotra, R., & Gupta, A. (2021). Oral cancer: A review of the current epidemiology, risk factors, diagnosis, and management. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 25(1), 1-10.
- 19- Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, segunda edición. Washington D.C.: OPS, 2011, 49 p. (Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares N° 24). ISBN 92 75 32407 7. [Recurso de Internet]. Disponible en: <https://www3.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE4.pdf>
- 20- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Estrategia mundial sobre salud digital 2020-2025. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020924>
- 21- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Transformación Digital del Sector Salud - Caja de herramientas*. Washington, D.C.: OPS. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/transformacion-digital-sector-salud-caja->

[herramientas-2023](#)

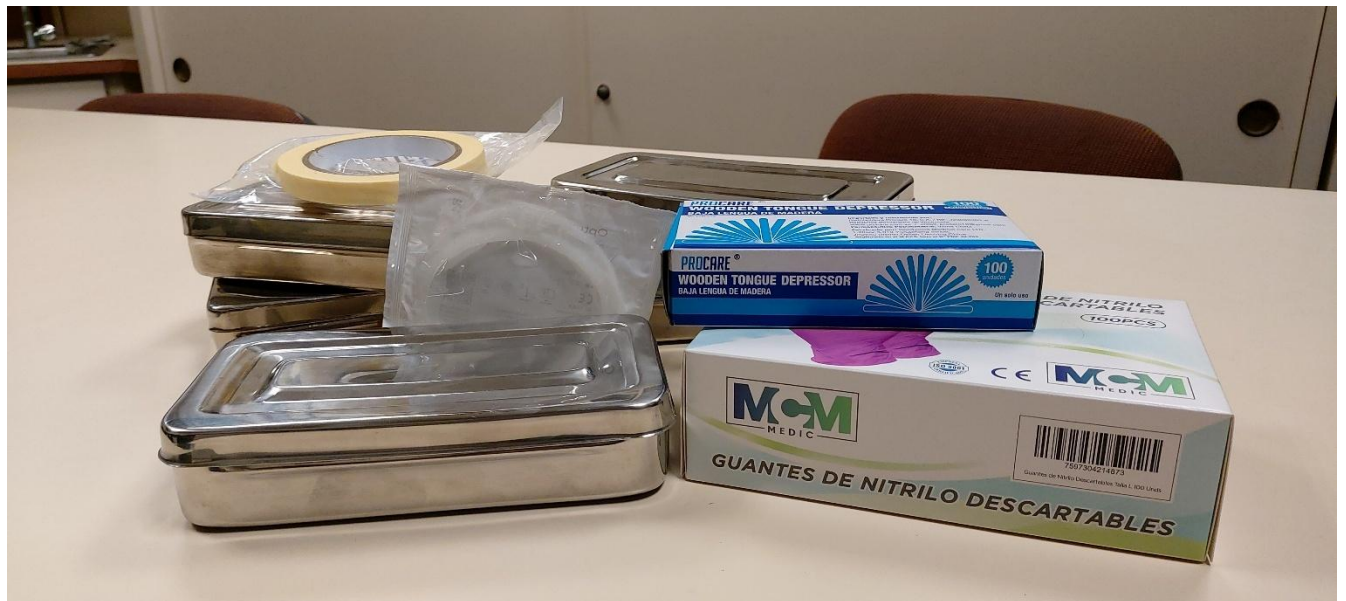
- 22- Organización Panamericana de la Salud (2021) Ocho principios rectores de la transformación digital del sector de la salud. Un llamado a la acción panamericana. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53730>
- 23- Rodríguez A., Ceballos S. La importancia de la clínica en la Medicina Bucal. Rev Odont Mex. 2020; 24 (1): 6-8.
- 24- Smile Gava. (2023). *Odontología digital: el futuro de la salud bucal*. <https://smilegava.com/blog/dental/odontologia-digital-el-futuro-de-la-salud-bucal>
- 25- Vidal-Alaball, J., Alarcon Belmonte, I., Panadés Zafra, R., Escalé-Besa, A., Acezat Oliva, J., & Saperas Perez, C. (2023). *Abordaje de la transformación digital en salud para reducir la brecha digital*. Atención Primaria, 55(9), 102626. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102626>
- 26- Villa, A., Celentano, A., & Gandolfo, S. (2020). Oral potentially malignant disorders. *Current Opinion in Oncology*, 32(3), 200-205.
- 27- Velazco N. Gerencia. Editorial 20 de marzo de 2020. [Recurso de Internet]. Disponible en: <https://revistagerencia.com.gt/la-gestion-de-operaciones-en-los-sistemas-de-atencion-de-salud/>
- 28- Warnakulasuriya, S., Greenspan, J. S., & Greenspan, D. (2021). Oral cancer: epidemiology, aetiology, and prevention. *British Dental Journal*, 230(11), 743-750.

GALERÍA DE FOTOS

1era serie de fotos: El inicio... Reuniones, trabajo, y la inevitable emoción de poder llevar a cabo un proyecto que sabíamos que era un deber clínico y académico, pero que también significaba un reconocimiento para nosotras como docentes investigadoras, y el comienzo de una travesía hacia logros beneficiosos.



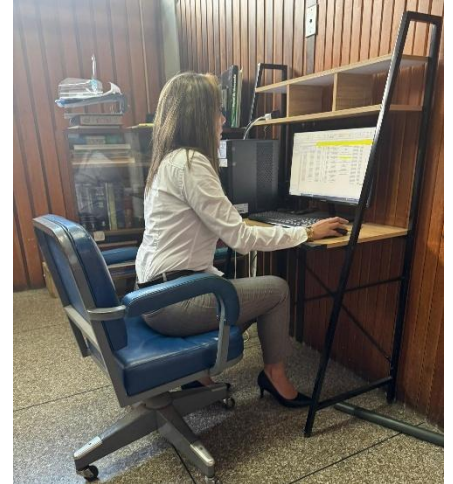
2da serie de fotos: Nuestros equipos, instrumental y material, por fin! No lo podíamos creer. Los insumos desechables de buena calidad garantizan la comodidad para trabajar, la bioseguridad para el operador y el paciente, pero principalmente unas pinzas e instrumental quirúrgico óptimo, aportan firmeza al procedimiento. Logramos sustituir pinzas y portaagujas ya lujados por los nuevos, y repotenciamos 5 cajas quirúrgicas.



3ra serie de fotos: Si con los equipos e insumos estábamos felices, ni hablar de los equipos, las reinas protagonistas de este trabajo: las computadoras. (Y por supuesto la mesita, como si la hubieran hecho especialmente para la computadora de escritorio que aportó el MINCYT, y justamente para ese espacio en Cirugía)



4ta serie de fotos: Desde el inicio supimos que iba a ser todo un reto aumentar la carga horaria para poder ejercer la docencia en pre y post grado, brindar atención a los pacientes, ir a clases y cumplir con nuestras asignaciones (porque todas estudiamos un doctorado, y la estudiante trabaja y estudia), y además realizar la investigación, pero todo lo hicimos con alegría y buena disposición.



6ta serie de fotos: Se podría pensar: ¿Y qué tiene que ver la Medicina Bucal con la Bibliotecología y Archivología? Y la respuesta es: TODO. Porque ningún trabajador de la salud puede trabajar sin apuntar en una historia clínica los datos de la evolución de cada paciente. Los Archivólogos son expertos en la organización, preservación, y acceso a la información tanto en formato físico como en formato digital. En el contexto tecnológico actual, la gestión documental es fundamental para el trato ético y veraz de los datos clínicos. Adicionalmente es pertinente esa gestión, porque las historias clínicas son documentos legales.



7ma foto, en solitario, porque fue un paréntesis inoportuno en la jornada de trabajo: Aunque se vaya la luz, una vez que se ha iniciado un procedimiento, no se puede detener (porque ya se hizo la incisión). La boca es un espacio pequeño, una cavidad oscura, con muchos reparos anatómicos que cuidar. Aunque indudablemente el sol entra y alumbraba el servicio, la posición de la unidad hace que más bien esa luz haga sombra en la boca. De igual manera hay que mantener la serenidad, imprimirle seguridad al paciente para que se sienta tranquilo, y por supuesto agilizar la sutura lo más rápido que se pueda, para evitar riesgos. La estudiante de pregrado que se observa de pie con bata blanca, dada la urgencia, no dudó en alumbrarnos con su teléfono, para poder culminar sin mayores complicaciones.



ADVERTENCIA: A CONTINUACIÓN, SE MOSTRARÁN IMÁGENES SENSIBLES.

ES IMPORTANTE RECALCAR QUE LOS PACIENTES FIRMARON UN CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ENTENDIERON LAS EXPLICACIONES QUE SE LES BRINDARON CON RESPECTO AL USO DE SUS FOTOGRAFÍAS SÓLO CON FINES ACADÉMICOS, Y QUE SU IDENTIDAD SERÁ SIEMPRE RESGUARDADA.

8va serie de fotos: Decidimos compartir algunas fotografías, para que los lectores tengan una idea de la importancia que tiene hacer una correcta vigilancia epidemiológica de las enfermedades de la boca. Porque estas pueden ser mortales, y causarle gran sufrimiento a los pacientes y a sus familias, imposibilitar a los pacientes para trabajar, y mermar su calidad de vida. Cuando decidimos realizar este trabajo es porque estamos muy conscientes de que la digitalización de los datos clínicos, y el seguimiento de los casos a través de la preservación digital de imágenes, constituye una herramienta que definitivamente debemos brindarle a las personas afectadas con lesiones bucales. Mientras más precozmente se diagnostiquen, menor será el riesgo y la morbi-mortalidad. Un examen bucal a tiempo puede representar un cambio radical en la vida de una familia. Por eso es que la Medicina Bucal es una disciplina que debe armarse con todas las herramientas posibles para brindar atención oportuna y suficiente, difundir el conocimiento a la población y por supuesto dentro del ámbito académico, con la esperanza de que se encuentre una cura a muchas de estas patologías que pueden llegar a ser clínicamente muy violentas.



Finalmente, queremos agradecer de nuevo la maravillosa oportunidad que representó para nosotros que leyeran y se interesaran por nuestro proyecto, y decidieran apoyarnos.

Las lesiones bucales pueden sobrevenirle a cualquier persona, literalmente. Y en Medicina Bucal hemos dedicado la vida a estudiar y tratar de brindarle atención oportuna y lo más anticipadamente posible a los pacientes afectados.

Una de las propuestas sobre la que hacemos más énfasis es que se masifique la información con respecto a la existencia de estos padecimientos, y que las personas tomen conciencia de que éstos pueden ser catastróficos y pueden sucederle a cualquier persona. Distinguir a tiempo los signos clínicos iniciales, es lo que puede evitar un sufrimiento mayor.

Sin más nada que agregar por ahora, y permaneciendo a sus órdenes y disposición, se despide de ustedes atentamente:



Prof. Romy Casbarro Arriaga
Coordinadora técnico-administrativa del proyecto, y su equipo.

