

PROGRAMA DE DETECCION DEL CANCER BUCAL. (PDCB) Octubre 2001

INTRODUCCION:

La detección clínica temprana de un cáncer del complejo bucal depende de que el paciente sea examinado a tiempo y de que en esa exploración la neoplasia sea certeramente diagnosticada. Las informaciones más recientes demuestran que de acuerdo con el nivel de conocimiento actual la medida más eficaz para aumentar la curación del cáncer bucal es una terapéutica temprana, consecuencia de un diagnóstico de lesiones incipientes que se lleva a cabo mediante un examen sistemático y acucioso. Esto se ha comprobado en los ensayos de programas desarrollados en nuestros servicios, donde se ha demostrado, además, la posibilidad de ejecutar dicho examen sin entorpecer las atenciones estomatológicas planificadas.

En la actualidad el Estomatólogo y el Médico de la Familia poseen los elementos cognoscitivos suficientes, y la destreza necesaria, para identificar cualquier alteración premonitoria de una neoplasia o la presencia de ésta en sus distintas etapas clínicas por incipiente que sea, sólo nos falta crear las condiciones requeridas para que todos las personas pertenecientes a los grupos de más alto riesgo sean sistemáticamente pesquizados.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION.

El cáncer bucal constituye la sexta causa de muerte más común entre todos los cánceres del mundo. En nuestro país según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE- O 140-146 se encuentra entre los 10 cánceres más comunes en el hombre, constituyendo el 4% de todos los cánceres anualmente.

La tasa mundial estandarizada de incidencia para el cáncer bucal fue de 9.2 por 100000 en los hombres y de 3,2 por 100000 en las mujeres en 1986. En 1995 esta incidencia desciende a 7.5 en el hombre y a 3.0 en la mujer.

En Cuba para 1995 el cáncer de lengua tuvo la mayor tasa de incidencia cruda por localización topográfica para el sexo masculino con 2.52 y una tasa ajustada de 2.10, para el femenino fue de 0.71 y 0.57 respectivamente, que demuestra una disminución de esta localización que era en 1980 de 3.6 en el hombre y 0.7 en la mujer (tasa cruda).

El cáncer bucal incluye: el cáncer del labio, la cavidad bucal y la bucofaringe, y es una de las diez primeras localizaciones de incidencia de cáncer en el mundo. Es más frecuente en hombres, incrementándose linealmente después de los 40 años, y presenta amplias variaciones geográficas y temporales.

En estadios tempranos el cáncer bucal localizado es a menudo asintomático en el momento de la primera consulta. Su detección temprana produce una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad, e incrementa la curación y supervivencia.

Las actividades de promoción y prevención de salud en la Atención Primaria están destinadas principalmente a orientar el auto examen bucal y a modificar los hábitos asociados con el uso del tabaco y del alcohol. Se observa disminución de las tasas de Leucoplasia y otras lesiones preneoplásicas en poblaciones que reducen su consumo.

La accesibilidad de la cavidad bucal al examen clínico, citológico y la biopsia, y el bajo costo de estos exámenes ha facilitado la puesta en práctica de este Programa que tiene como objetivos mantener a la población sana, disminuir la incidencia y la mortalidad por esta causa a expensas de realizar sistemáticamente el examen del individuo saludable, el diagnóstico de lesiones preneoplásicas o, detectar el cáncer en estadios tempranos y tratarlos adecuadamente.

En Cuba desde 1982 se puso en marcha el Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) único en el mundo por su cobertura nacional, fundamentado en el examen anual del complejo bucal a toda la población de 15 años o más que acudan a la consulta estomatológica (pesquizaje pasivo), o que sean vistos en pesquisajes activos por el estomatólogo y el médico de familia. Los pacientes sospechosos, previo llenado del modelo 47-22-01, serán remitidos al servicio de Cirugía Máxilo Facial quien confirmará el diagnóstico mediante el análisis anatomopatológico de la lesión y llenará el reverso del modelo con el diagnóstico definitivo. Los que lo requieran serán remitidos a los servicios y hospitales oncológicos del país.

La efectividad del Programa se expresa, en primer lugar, en la seguridad y confianza de la población al ser examinada y diagnosticada como sana por el profesional entrenado y motivado en el pesquisaje, diagnóstico, tratamiento y eliminación de un significativo número de lesiones y estados preneoplásicos que ha influido en la tendencia a la disminución de la incidencia de las neoplasias maligna de la buco faringe.

Una evidente efectividad del Programa se demuestra al comparar el año 1982, (fecha del comienzo del PDCB), cuando se diagnosticaban solo el 22 % de los pacientes en etapa I, con el año 1998 en el que se alcanzó un 48 %, indicador que se mantiene hasta el momento.

El impacto sobre la incidencia al diagnosticar un gran número de estados y lesiones preneoplásicas se demuestra al descender del lugar sexto que ocupaban las neoplasias malignas de bucofaringe en la década del 80 al décimo lugar donde se colocan en 1995

Un relevante logro del PDCB es la disminución de la mortalidad, la que estaba en las décadas del 70 y 80 en el séptimo lugar, hasta el décimo en el año 2000, con una reducción global del 10 %. Estos resultados son más evidentes en el carcinoma del labio, encía, suelo de boca y lengua móvil. También es interesante destacar que la supervivencia del cáncer de la bucofaringe es en nuestro país de más de un 50% (intervalo libre de enfermedad) lo que sitúa el tratamiento de esta enfermedad al más alto nivel, solo comparable con los países de un elevado desarrollo científico.

La presente revisión del PDCB incluye nuevos procedimientos organizativos en las distintas instancias que favorecerán su impacto y marcha. Se ha hecho especial atención en el papel que puede representar el Estomatólogo y el Médico de la Familia, con su grupo básico de trabajo para conducir las acciones del Programa. Las recientes modificaciones están en concordancia con los objetivos del Programa Nacional de Control de Cáncer y los Objetivos, Propósitos y Directrices del Ministerio de Salud Pública de Cuba a partir del año 2000.

PROPOSITO.

Contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de promoción, prevención, protección, curación y rehabilitación en la población, ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud en coordinación con las demás instituciones del estado y la participación activa de la comunidad.

OBJETIVOS:

GENERAL: Disminuir la morbilidad y mortalidad del cáncer bucal mediante la promoción y educación para la salud, prevención primaria y el diagnóstico precoz.

ESPECIFICOS:

- 1- Desarrollar actividades de promoción y educación, prevención primaria para mantener al sano como tal, eliminando las lesiones preneoplásicas y malignas del complejo bucal.
- 2- Identificar y diagnosticar toda lesión o estado preneoplásico y maligno del complejo bucal en etapa temprana.
- 3- Ofrecer tratamiento, rehabilitación y seguimiento evolutivo a los casos detectados en las diferentes etapas clínicas del cáncer bucal.
- 4- Desarrollar actividades de capacitación del personal que ejecutará el Programa y promover la actividad investigativa.
5. Controlar y evaluar periódicamente la marcha del programa con el auxilio de un Sistema de información Estadística.

LIMITES:

DE ESPACIO:

Este Programa se desarrollará en todo el territorio nacional y será aplicado en todas las instancias donde se brinde atención médica y estomatológica a la población.

DE TIEMPO:

Este programa tiene carácter permanente, se inició con su estructura completa a partir del 1ro. de Agosto de 1982. El presente documento refleja los cambios realizados con el propósito de actualizar el Programa en cuanto a sus procedimientos y estructura organizativa. Estos reajustes se harán con una periodicidad no menor de 2 años, ni mayor de 5 años.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Se realizará el examen del complejo bucal a toda la población de 15 años y más que acuda espontáneamente a los servicios de Estomatología y en el pesquizaje activo anual de las lesiones del complejo bucal a todo sujeto de 35 años y más, que deberán ser llevadas a cabo durante las actividades de terreno o consulta externa de médicos generales y estomatólogos y en las siguientes instituciones de atención médica:

- Consultorios del Médico de Familia.
- Consultorios en centros de trabajo.
- Policlínicos.

- Clínicas Estomatológicas.
- Servicios Estomatológicos en centros de trabajo y hospitales.
- Instituciones de Asistencia Social.

ACTIVIDADES.

1.- Desarrollar actividades de Promoción, Educación para la Salud y prevención primaria de las lesiones preneoplásicas y malignas del complejo bucal.

- (a) Detectar y disminuir o eliminar hábitos que puedan dañar el estado de salud de la mucosa bucal como fumar, ingerir bebidas alcohólicas y otros.
- (b) Enseñar a la población el método del auto examen de la boca como medida, para detectar tempranamente las lesiones preneoplásicas y malignas bucales.
- (c) Detectar y eliminar todo elemento que cause alteración en la mucosa bucal, como prótesis mal ajustadas, dientes en mal estado y otros.
- (d) Divulgar las medidas de prevención para disminuir la morbilidad por lesiones preneoplásicas y malignas de la boca.
- (e) Difundir mediante los medios masivos de comunicación la importancia de la realización del examen de la boca como método de prevención y curación oportuna de las lesiones o estados premalignos y malignos del complejo bucal.
- (f) Coordinar con las organizaciones de masa la divulgación del Programa con el objetivo de motivar a la población para realizarse su auto examen bucal y acudir a que le realicen el examen del complejo bucal.

2.- Identificar y diagnosticar toda lesión o estado premaligno y maligno del complejo bucal en etapa temprana.

- a) Realizar el diagnóstico precoz del cáncer bucal en la población de 15 años y más.
- b) Realizar el examen del complejo bucal cumpliendo la metodología establecida como método de diagnóstico de las lesiones preneoplásicas y malignas de la boca.
- c) Confirmar mediante investigación anatomopatológica las lesiones presuntivamente malignas.

3- Ofrecer tratamiento y seguimiento evolutivo a los casos detectados y en las diferentes etapas clínicas del cáncer bucal.

- a) Ofrecer atención estomatológica priorizada a todo paciente que va a recibir tratamiento quirúrgico, quimioterapia antineoplásica o radioionizante.
- b) Brindar atención estomatológica dispensarizada a los pacientes que han recibido tratamiento oncoespecífico.
- c) Ofrecer tratamiento de rehabilitación a todos los pacientes que han recibido tratamiento oncoespecífico.
- d) Mantener un control evolutivo de los casos tratados en cualquiera de sus etapas clínicas.
- e) Establecer y mantener coordinación entre los distintos niveles de atención (primario, secundario, terciario).

4. Desarrollar actividades de capacitación del personal que ejecutará el Programa y promover la actividad investigativa.

- a) Lograr una formación de pregrado que permita a estomatólogos y médicos y desempeñar su responsabilidad en este programa.
- b) Lograr que los médicos, estomatólogos y personal técnico conozcan las características y procedimientos para la aplicación del Programa.
- c) Elevar y mantener el nivel científico-técnico del personal que intervendrá en la ejecución del Programa, a través de los cursos y entrenamientos de postgrado.
- d) Realizar estudios epidemiológicos para identificar la prevalencia del cáncer bucal y de las lesiones preneoplásicas.
- e) Realizar intervenciones educativas para modificar hábitos y estilos de vida no saludable en la población expuesta para disminuir la incidencia y mortalidad para lo cual es necesaria la participación social y comunitaria.
- f) Participar en eventos científicos alegóricos al programa.

5. Fortalecer el Sistema de Información Estadística.

- a) Cumplimentar los procedimientos establecidos por el Sistema de Información Estadística para la recolección y evaluación de las actividades del Programa.

- b) Adiestrar y actualizar al personal que trabaja en los distintos niveles con el Sistema de Información Estadística del Programa.
- c) Ejecutar los controles del Sistema de Información para evaluar la aplicación del Sistema de Información Estadística del Programa así como su correspondencia con la información del Registro Nacional de Cáncer.

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL PROGRAMA.

Nivel Nacional.

La comisión nacional del programa estará adscrita al área de Asistencia Médica y Social del Ministerio de Salud Pública y a la Dirección Nacional de Estomatología y contará con un presidente y un secretario y deberá estar integrada por representantes de las siguientes instancias:

- Dirección Nacional de Estomatología
- Comisión Nacional del Programa Nacional de Control de Cáncer (PNCC)..
- Dirección de Asistencia Médica, Atención Ambulatoria y Medicina General Integral.
- Dirección Nacional de Estadística.
- Instituto Nacional de Oncología.
- Centro Nacional de Educación para la Salud.
- Dirección Nacional de Epidemiología.
- Dirección Nacional de Enfermería
- Dirección Nacional de Hospitales
- Grupo Nacional de Cirugía Máxilo Facial.
- Grupo Nacional de Oncología.
- Grupo Nacional de Anatomía Patológica.
- Facultad de Estomatología.
- Docencia Médica Superior.
- Organizaciones de Masas.

El nivel nacional jerarquizará la actividad apoyado en la comisión nacional e igualmente supervisará el desarrollo de las actividades comprendidas en el Programa y el cumplimiento de sus objetivos.

El presidente de la comisión nacional del PDCB coordinará el funcionamiento de la comisión y del programa en el ámbito nacional, en su organización, ejecución y evaluación y rendirá información de la marcha del Programa a la comisión nacional del PNCC.

El secretario de la comisión nacional del PDCB se responsabilizará con la documentación de la comisión y del Programa.

El Viceministro a cargo de la atención médica y la comisión nacional del PNCC, con la participación de la Dirección Nacional de Estomatología y la comisión nacional del PDCB, serán los responsables de normar, controlar y evaluar el desarrollo del programa y tendrá a su cargo las coordinaciones con las organizaciones de masa.

El Viceministro a cargo de la atención médica, asesorado por la Dirección Nacional de Estomatología y la comisión nacional del PNCC, coordinará con el Viceministro a cargo de la docencia la celebración de seminarios y cursos de educación continuada para el personal que participará en la ejecución del Programa.

La Dirección Nacional de Estadística actualizará y mantendrá funcionando el Sistema Nacional de Información Estadística del Programa. Además, garantizará la información necesaria para el control del mismo.

El Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas deberá garantizar la publicación del Programa y de los materiales bibliográficos necesarios para la información y superación del personal que ha de ejecutar el mismo.

Nivel Provincial

Se constituirá una Comisión Provincial con una estructura semejante a la Comisión Nacional.

El Director Provincial de la Salud es el máximo responsable del desarrollo del Programa en su territorio por medio de la Vicedirección Provincial de Asistencia Médica y del Departamento Provincial de Estomatología, y sus tareas son las siguientes:

- a) Evaluar periódicamente los resultados del Programa en la provincia para aplicar medidas oportunas en caso de irregularidades.
- b) Dictar las disposiciones necesarias para facilitar el cumplimiento del Programa en lo que respecta a recursos humanos.

c) Realizar análisis periódicos con las organizaciones de masa, con vistas a garantizar el cumplimiento de las actividades del Programa.

Los responsables provinciales del PDCB coordinarán reuniones periódicas científico-técnicas con la participación de los Cirujanos Máxilo Faciales y Oncólogos dedicados a la atención de cáncer bucal con el objeto de aunar e intercambiar experiencias de diagnóstico y tratamiento del cáncer bucal.

El Departamento Provincial de Estomatología coordinará con los diferentes departamentos provinciales que tienen relación con la ejecución del Programa.

El Vicedirector Provincial de Docencia e Investigaciones debe programar los seminarios metodológicos y el curso de perfeccionamiento para adiestrar al personal que interviene en la ejecución del Programa.

El Vicedirector Provincial de Economía garantizará el transporte y el suministro de los recursos materiales para ejecución de este Programa.

El Departamento Provincial de Estadística recepcionará y procesará los datos estadísticos correspondientes al Programa.

Nivel Municipal.

El Director Municipal constituirá una comisión de acuerdo con las características particulares de cada municipio, será el responsable máximo del desarrollo del Programa en su nivel y establecerá convenios de coordinación y colaboración con los organismos de masa, realizará evaluaciones mensuales con vistas a garantizar el cumplimiento de las actividades correspondientes, y supervisará y controlará el cumplimiento del Programa por medio del responsable de M.G.I. y el activista municipal de Estomatología, quien programará el perfeccionamiento del personal médico y estomatológico y las investigaciones que le asigne el nivel correspondiente.

El Director Municipal deberá garantizar la consulta de Cirugía Máxilo Facial en su municipio que funcione de preferencia en una clínica estomatológica y conducida por un Cirujano Máxilo Facial.

El Vicedirector Municipal de Economía garantizará el suministro necesario para la ejecución del Programa.

CONTROL

Nivel Nacional

Controlará anualmente el cumplimiento de las actividades y ejecutará visitas de inspección a las provincias.

Nivel Provincial

Controlará trimestralmente el cumplimiento de las actividades y ejecutará visitas de inspección a los municipios y unidades asistenciales.

Nivel Municipal

Controlará mensualmente el cumplimiento de las actividades y ejecutará visitas de inspección a unidades asistenciales.

Nivel de Unidad

Realizará controles mensuales del cumplimiento de las actividades.

Evaluación:

El nivel nacional evaluará cada dos años los resultados del Programa.

CONTROL SEMANTICO.

Complejo bucal: Cavidad bucal con su mucosa, submucosa y estructura ósea maxilomandibulofacial; todos los vasos sanguíneos y linfáticos, nervios y ganglios linfáticos relacionados con la cavidad bucal; glándulas salivales y accesorias, piel y músculos participantes en la expresión y funciones relacionadas directamente con la fisiopatología de la bucofaringe, que se extiende desde la submucosa del labio hasta las paredes de la mesofaringe.

Examen del complejo bucal: Exploración minuciosa y ordenada del complejo bucal mediante la inspección ocular y la palpación digital, siguiendo un orden riguroso en las distintas regiones intrabucales y extrabucales, según la metodología expuesta en la monografía " El Estomatólogo en la Detección del Carcinoma Bucal".

El auto examen bucal: Es la exploración por las personas de su boca y cuello, mediante la inspección y palpación con el propósito de identificar cualquier alteración, la cual debe de ser consultada con su estomatólogo o médico de familia.

Estado preneoplásico o premaligno bucal: Condición asociada con un significativo incremento del riesgo de tener cáncer.

Detección precoz. Medidas encaminadas a detectar en una población determinada lesiones sospechosas que de confirmarse el diagnóstico de cáncer este lo suficientemente localizado para que resulten exitosos los tratamientos ordinarios.

Lesión preneoplásica premaligna: Tejido morfológicamente alterado donde el cáncer puede aparecer con mayor facilidad que en la contraparte normal.

Prevención del carcinoma del complejo bucal. Medidas encaminadas a evitar la aparición y eliminar todo posible estado o lesión precancerosa.

Paciente examinado. Persona a la que se le practica el examen del complejo bucal para la búsqueda de una lesión o estado premaligno o maligno.

Paciente remitido. Persona examinada que presenta una lesión con posibilidad de ser premaligna o maligna del complejo bucal y que es enviada a consulta de cirugía Máxilo Facial para diagnóstico y tratamiento con el correspondiente modelo 47-22-01.

Leucoplasia: Mancha o placa blanca y que clínica o histopatológicamente no puede ser atribuida a una categoría diagnóstica definida.

Eritroplasia: Lesión plana o ligeramente elevada, roja, aterciopelada o granulada y circunscrita que clínica o histopatológicamente no puede ser atribuida a una categoría diagnóstica definida.

Paciente insistente a la consulta de Cirugía Máxilo Facial: Aquél que demora más de 30 días en asistir a la consulta de cirugía Máxilo – Facial después de haber sido remitido.

Paciente positivo: Aquel con diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna.

ACTIVIDADES Y FUNCIONES

FUNCIONES DEL MEDICO DE FAMILIA

- a) Realizar anualmente el examen de la boca como parte del examen físico general a toda la población de 15 años y más.
- b) Velar porque toda la población de 35 años y más de su comunidad le sea realizado anualmente el examen del complejo bucal por el estomatólogo.
 1. Incorporar al criterio de Dispensarización según el estado de salud del complejo bucal y recoger en la hoja de cargo de consulta y en la historia clínica ambulatoria la realización del examen de la boca.
 2. Remitir al estomatólogo del sector a todo paciente al cual se le detecte una afección y verificar su asistencia.
 3. Colaborar activamente en la localización de los pacientes inasistentes a la consulta de Cirugía Máxilo Facial.
 4. Participar en las evaluaciones periódicas sobre la marcha de Programa.
 5. Participar activamente en las actividades científicas tendientes a mejorar la calidad del Programa.
 6. Participar activamente, en coordinación con las organizaciones de masa, en las tareas educativas del Programa.

FUNCIONES DEL ESTOMATOLOGO

1. Realizar el examen del complejo bucal a todo paciente de 15 años y más que solicite los Servicios Estomatológicos.
2. Hacer constar en la historia clínica ambulatoria del paciente la visita estomatológica y el examen del PDCB.
3. Velar porque todo paciente de 35 años y más, que habite en su área de atención, le sea realizado el examen del complejo bucal, al menos una vez al año.
4. Examinar anualmente a la población de riesgo de su área: población que habita en lugares cerrados con o sin sillón estomatológico, (fábricas, hogares de ancianos, etc.).
5. Remitir a la consulta de Cirugía Máxilo Facial a todo paciente sospechoso de lesiones preneoplásicas o malignas del complejo bucal y llenarle el modelo de remisión de caso e informarlo al médico de familia.
6. Dispensarizar y llevar un tarjetero o listado de control de todo sujeto de 15 años y más remitido a consulta de Cirugía Máxilo Facial.
7. Colaborar activamente en la localización de los pacientes inasistentes a la consulta de Cirugía Máxilo Facial.
8. Participar en las evaluaciones periódicas sobre la marcha del Programa.

9. Participar activamente en las actividades científicas tendientes a mejorar la calidad del Programa.
10. Participar activamente, en coordinación con las organizaciones de masa, en las tareas educativas del Programa y asesorar al Médico de Familia en el examen y patologías del complejo bucal.
11. Cumplir los procedimientos establecidos por el Sistema de Información Estadística del Programa.
12. Realizar tratamiento Estomatológico priorizado a pacientes remitido PDCB o que haya recibido tratamiento oncoespecífico.

FUNCIONES DEL DIRECTOR DE LA CLINICA ESTOMATOLOGICA.

1. Controlar que cada paciente de 15 años y más se le examine el complejo bucal.
1. Controlar que los pacientes cuyo examen del complejo bucal resulte sospechoso se le confeccione el modelo de remisión y se le oriente sobre su atención inmediata en el servicio de Cirugía Máxilo Facial.
2. Controlar mensualmente la información estadística para conocer la marcha del Programa (pacientes examinados, remitidos e inasistentes).
3. Controlar que se establezca una estrecha relación entre la estadística de la unidad, la estadística del grupo básico de trabajo y la del hospital, para el mejor desarrollo del Programa.
4. Controlar a través de la actividad de terreno que los estomatólogos visiten a los pacientes inasistentes a la consulta de Cirugía Máxilo Facial en el hospital, así como el examen de seguimiento anual de aquellos pacientes que hayan sido vistos en consulta de Cirugía Máxilo Facial.
5. Participar activamente en el desarrollo de las actividades de educación para la salud conjuntamente con el Médico de Familia y las Organizaciones de Masa.
6. Participar activamente en las actividades científicas, destinadas a mejorar la calidad del Programa.
7. Asegurar tratamiento estomatológico priorizado a pacientes remitidos PDCB o que hayan recibido tratamiento oncoespecífico.

FUNCIONES DEL ACTIVISTA DEL PDCB MUNICIPAL. (El director municipal será responsable del cumplimiento de estas actividades).

1. Controlar mensualmente el funcionamiento de las actividades del Programa en cada unidad subordinada.
2. Participar en la reunión metodológica municipal para dar a conocer el desarrollo y dificultades del Programa.
3. Controlar que se realice con la periodicidad establecida la consulta de Cirugía Máxilo Facial en la unidad establecida por cada municipio.
4. Establecer una estrecha relación con estadística del hospital o clínica y con la consulta de Cirugía Máxilo Facial.
5. Conocer y valorar los datos estadísticos de su municipio sobre pacientes examinados y remitidos y obtener el resultado del diagnóstico definitivo el que consignara en lo en listado o tarjetero de control de pacientes remitidos en los Servicios Estomatológicos correspondientes.
6. Controlar las actividades de educación para la salud relacionada con el PDCB, conjuntamente con los Médicos de Familia y los Estomatólogos.
7. Sistematizar la superación científica de activistas, Estomatólogos y Médicos de Familia en todo lo concerniente al PDCB.

FUNCIONES DEL CIRUJANO MAXILO FACIAL.

1. Realizar la recepción del paciente remitido y atenderlo en la consulta de Cirugía Máxilo Facial.
2. Realizar la rectificación o ratificación del diagnóstico presuntivo. Es posible, ocasionalmente que sea solo necesario un diagnóstico clínico.
3. Asegurar el examen histopatológico de la parte afectada para la comprobación del diagnóstico y su trámite correspondiente para el Departamento de Anatomía Patológica.
4. Citar al paciente cuándo haya recibido el informe del Departamento de Anatomía Patológica.
5. Si la lesión es premaligna, el paciente es atendido en la consulta de Cirugía Máxilo Facial y deberá ser controlada periódicamente su evolución (seguimiento).
6. Realizar exéresis, con los métodos quirúrgicos normados, de toda lesión considerada preneoplásica y que no presente una evolución favorable a las 4 semanas de retirada la

- posible causa, incluyese toda lesión considerada clínicamente como Leucoplasia, Eritroplasia, Mancha Névica y Neoplasia Benigna del complejo bucal.
7. Remitir para su tratamiento al servicio de Oncología correspondiente a todo paciente que presente cualquiera de las lesiones antes mencionadas, cuándo en el servicio de Cirugía Máxilo Facial no existan las condiciones para su solución, consignando en la remisión: "Remitido PDCB".
 8. Deberá interconsultar con el Oncólogo a todo paciente que requiera ser valorado por esta especialidad.
 9. Escribir en la historia clínica del paciente.
 10. Comunicar por medio del Departamento de Estadística correspondiente a la clínica de procedencia, todo paciente inasistente al seguimiento.
 11. Brindar apoyo y asesoría científica al nivel primario de atención.
 12. Cumplir los procedimientos establecidos por el Sistema de Información Estadístico del Programa.

FUNCIONES DEL ONCOLOGO.

1. Brindar atención especializada a todo paciente remitido por el cirujano Máxilo- Facial, aplicando en cada caso las normas oncológicas terapéuticas establecidas.
2. Brindar interconsulta al Cirujano Máxilo Facial cuándo éste así lo requiera.
3. Consignar en la historia clínica oncológica si el paciente fue remitido por el Programa.
4. Escribir en la historia clínica ambulatoria del paciente.
5. Cumplir con los procedimientos establecidos por el Sistema de Información Estadístico del Programa.

FUNCIONES DEL REHABILITADOR BUCOMAXILO FACIAL (Atención priorizada con prótesis especializada a todo paciente con tratamiento quirúrgico, radiante y poliquimioterapia del complejo bucal).

1. Establecer una comunicación directa con el paciente y sus familiares desde su resección
2. Trabajar en equipos e integrarse a las actividades de promoción y Educación para la Salud relacionado con la especialidad.
3. Determinar el grado de afectación psicológica del paciente y proceder de acuerdo a ello previo a su evaluación en consulta multidisciplinarias.
4. Control periódico del paciente, evaluando el grado de satisfacción con el tratamiento recibido
5. Brindar información sobre la futura rehabilitación, ventajas y desventajas así como la aprobación de pacientes y familiares con la propuesta realizada
6. Adiestramiento y superación continuada a especialistas y técnicos que acometen esta labor.

Anexo 1: METODOLOGIA DEL EXAMEN DEL COMPLEJO BUCAL.

Interrogatorio:

Puede ser de un paciente asintomático que acude a realizarse un tratamiento de atención general o especializada, o bien tratarse de un paciente con conocimiento de presentar una lesión o síntomas subjetivos. En el primer caso, el interrogatorio va dirigido a buscar datos que se relacionan con el grupo de alto riesgo de padecer cáncer; en el segundo caso, al paciente que consulta por una molestia o lesión específica, se le interroga para relacionar los hallazgos clínicos con la evolución y los síntomas requeridos.

En todos los casos se debe valorar la edad del paciente, hábito de fumar y de ingerir bebidas alcohólicas, ocupación, padecimientos, enfermedades crónicas y antecedente familiares.

Examen físico:

Estomatólogos y clínicos tienen la responsabilidad de realizar un cuidadoso examen de la cabeza y el cuello como parte del examen físico de sus pacientes.

La exploración puede ser realizada en el mismo local de trabajo del médico o estomatólogo, como una actividad permanente del trabajo diario e incluso durante la visita al hogar o centro de trabajo, y el examen puede ser más o menos complejo dependiendo del lugar y habilidad del examinador.

El instrumental que se debe utilizar es el habitual del estomatólogo o en su defecto un depresor de lengua o baja lengua. Lo más importante es una buena iluminación (natural o artificial).

El examen se sustenta en la inspección y palpación, que deben realizarse simultáneamente. La importancia de la palpación radica en que puede detectar cualquier alteración que no haya sido identificada por la inspección.

Este procedimiento sencillo y poco invasivo usualmente toma aproximadamente cinco minutos.

Su propósito es detectar nódulos, inflamaciones, alteraciones mucosas (cambios de color o textura como manchas blancas y rojas, manchas névicas, ulceraciones) y adenopatías inexplicables.

El examen se ha simplificado en siete pasos aprovechando al máximo la habilidad del examinador. En estos pasos se dirige el examen a zonas topográficas que tienen continuidad anatómica.

Colóquese al paciente sentado frente al examinador y pídale que retire cualquier prótesis antes de comenzar el examen.

En el primer paso, después de realizar una inspección general de la cara del paciente, donde se detalla cualquier alteración de su fisonomía, se procede a examinar el labio.

1- Labio:

Comenzamos la exploración del labio desde la piel hasta la mucosa, desde una a otra comisura y el altura hasta el surco vestibular, el cual se explora conjuntamente con la encía vestibular o labial hasta la zona canina.

La palpación bimanual nos evidenciará cualquier signo de alteración en las glándulas salivales accesorias, la inserción de los frenillos y la consistencia normal de la encía. y el labio.

2-Mucosa del carrillo:

Se comienza por el lado derecho, desde la comisura hasta el espacio retromolar, el cual se explora minuciosamente; también el resto del surco vestibular y la encía labial.

Deben recordarse las estructuras normales como la terminación del conducto de la parótida, la línea alba, las glándulas sebáceas ectópicas, las ocasionales manchas oscuras de origen étnico y las otras estructuras habituales de la zona; la maniobra se repite en el lado izquierdo.

3-Paladar:

En este caso incluimos en un bloque de exploración el paladar duro, el paladar blando con la úvula y los pilares anteriores, así como la encía palatina. Debe recordarse la papila palatina, el rafe medio, las rugosidades palatinas, la desembocadura de los conductos de las glándulas mucosas accesorias y, ocasionalmente, el torus palatino.

4-Lengua móvil:

Explore la cara dorsal, bordes y vértice de la lengua. Compruebe la movilidad lingual ordenando al paciente que proyecte la lengua y la mueva en todas direcciones.

Realice la palpación bidigital de la cara dorsal y bordes, en busca de nódulos o induraciones. Para ello puede tomar el vértice lingual con una gasa. En esta región pueden identificarse normalmente las papilas filiformes, fungiformes, valladas y foliáceas; glositis romboidal media y fisura y surcos linguales.

5-Suelo de la boca:

Con el auxilio de un depresor o espejo bucal, examine el suelo de la boca, la cara ventral de la lengua y la encía lingual. Para la inspección de estos sitios indique al paciente que coloque el vértice de la lengua en el paladar duro.

Para la palpación bidigital del piso de la boca el dedo índice de una mano se coloca debajo del mentón y el dedo de la otra mano palpa el piso anterior de la boca de cada lado.

Las formaciones anatómicas de estos sitios incluyen: la salida de los conductos de las glándulas salivales sublinguales y submandibulares, frenillo lingual, glándulas sublinguales prominentes, torus mandibular, línea oblicua interna y apófisis genis (línea de inserción de los músculos del suelo de la boca). En la cara ventral de la lengua pueden encontrarse las glándulas salivales accesorias.

6-Raíz o base de la lengua y bucofaringe:

Inspecciónese la raíz o base de la lengua y el resto de la bucofaringe, auxiliándose del espejo bucal o laringeo previamente calentado por encima de la temperatura corporal, mientras tira con una gasa del vértice lingual hacia delante y abajo. Con el dedo índice palpe la base de la lengua y el resto de la bucofaringe con un movimiento en U. Deben identificarse aquí las siguientes estructuras: amígdalas palatinas, linguales y faríngeas, vegetaciones linfoides de la base de la lengua y las valéculas.

7-Examen del cuello:

La inspección de la cara y el cuello permitirá detectar cambios de pigmentación o aumentos de volumen, asimetrías u otras alteraciones. Para la palpación comenzando por el lado izquierdo incline la cabeza del paciente hacia ese lado con ayuda de su mano izquierda, mientras que con la derecha se realiza la palpación, repita la maniobra en el lado derecho invirtiendo sus manos. Palpe atentamente las zonas de las cadenas ganglionares submandibular, yugular interna, cervical transversa y espinal accesoria y los grupos submentonianos, parotídeos,

preauricular, retroauricular y occipital. Palpe las glándulas salivales parótidas, submandibulares y sublinguales y la articulación temporo-mandibular.

Para completar la exploración del cuello, sitúese por detrás del paciente y utilizando ambas manos realice la palpación de todo el cuello detectando las posibles diferencias entre las estructuras contralaterales.

Aún en ausencia de síntomas, un nódulo cervical unilateral en un paciente de mediana edad es sospechoso de malignidad.

Cuando se note xerostomía o aumento de volumen de algunas de las glándulas salivales debe extraerse y evaluarse la calidad, cantidad y consistencia de la saliva. Para ordeñar la glándula parótida coloque un dedo en el área pre-auricular y mueva el dedo hacia delante siguiendo el camino del conducto. La glándula submaxilar es ordeñada colocando un dedo en el triángulo submandibular del cuello con un movimiento hacia el mentón. La saliva proveniente de las glándulas submandibulares es drenada por el conducto de Wharton localizado detrás de los incisivos inferiores. Las glándulas salivales con funcionamiento normal producirán al menos una gota de saliva clara y acuosa.

Recuerde que los signos de advertencia de cáncer bucal son una úlcera que no cicatriza, una lesión roja o blanca persistente, una lesión que sangra fácilmente, dificultad para masticar o tragar y dificultad para mover la lengua o la mandíbula. El dolor y la irritación pueden o no estar presentes en las lesiones incipientes. Las lesiones traumáticas desaparecen generalmente cuando se suprime el agente etiológico. Las prótesis mal ajustadas son la causa más común de estas lesiones. Las lesiones que persistan después de dos semanas deben someterse a biopsia para confirmar su histología. Los pacientes con lesiones traumáticas sospechosas deben ser remitidos al especialista para su diagnóstico y tratamiento.

Anexo 2: CLASIFICACIONES DE LOS CARCINOMAS DE LA BOCA.

Labios (CIE-140)- C00.

La clasificación se aplica solamente a carcinoma espinocelulares de la superficie cutáneomucosa (mucosa seca) de los labios. Debe haber una verificación histológica de la enfermedad. Todo caso no confirmado debe ser informado por separado. CIE-0 1977 Y CIE-O 1993

Sitios anatómicos.

1- Labio superior: Superficie cutaneomucosa (mucosa seca) (140.0)- C00.0

2- Labio inferior: Superficie cutaneomucosa (mucosa seca) (140.1) C00.1

3- Comisuras: (140.6) C00.6

Nota: La superficies de la mucosa húmeda de los labios se incluyen en la cavidad bucal (ver mucosa bucal).

Ganglios linfáticos regionales: Ganglios cervicales.

Cavidad bucal (CIE-0 141-154) Clasificación 1973 Confirmada 1978

La clasificación se aplica solamente a carcinomas. Debe haber una verificación hitológica de la enfermedad. Todo caso no confirmado debe ser informado por separado.

Sitios y subsitios anatómicos:

1. Mucosa bucal.

- Superficie mucosa del labio superior e inferior (140.3 y 140.4) C00.3-C00.4

- Superficie mucosa de las mejillas (154.0) C06.0

- Areas retromolares (145.6) C06.2

- Surco buco-alveolar, superior e inferior (145.1) C06.1

1. Alvéolo superior y encía (143.0) C03.0

2. Alvéolo inferior y encía (143.1) C03.1

3. Paladar duro (145.2) C05.0

4. Lengua (141) C02

5. Superficie dorsal (141.1) C02.0

6. Borde y punta de la lengua (141.2) C02.1

7. Cara ventral de la lengua (141.3)- C02.2

8. Piso de la boca (144). C04.0

Ganglios linfáticos regionales: Ganglios cervicales.

Bucofaringe. (146) C10

Regiones, sitios y subsitios anatómicos (146)

La bucofaringe se extiende desde la unión de los paladares óseo y blando hasta el nivel del piso de la valécula.

1. Pared anterior (área glosopiglótica) (146.4)-C10.1

- a) Lengua posterior a las papilas caliciformes (base de la lengua o tercio posterior (141.0) C01
 - b) Valéculas(146.3) C10.0
 - c) Superficie anterior (lingual) de la epiglotis (146.4) C10.2
2. Pared lateral: (146.6) C10.2

- a) Amígdalas (146.0) C09
 - b) Fosa amigdalina y pilares amigdalinos (146.1) C08.0
 - c) Surco glosamigdalino (146.2) C08.1
3. Pared posterior (146.7) C010.3

A la bucofaringe se le aplica el mismo TNM (clasificación clínica pretratamiento) que la cavidad bucal.

Glándula parótida (142.0) C07

Glándula submandibular(142.1) C08.0

Glándula sublingual (142.2) C08.1

Glándula salival menor (142.9) C06.9

CLASIFICACION TNM

Los requisitos mínimos para la evaluación de las categorías tumor, nódulo, metástasis (TNM) son los que siguen. Si estos no pueden ser obtenidos deben utilizarse los símbolos TX, NX o MX. Las categorías TNM pueden obtenerse mediante los siguientes procedimientos:

Categorías T: Tumor primitivo (Examen clínico).

Categorías N: Ganglios metastásicos cervicales (Examen clínico).

Categorías M: Metástasis a distancia (Examen clínico y radiográfico).

Clasificación clínica pretratamiento de acuerdo con el TNM.

Tis Carcinoma preinvasor (carcinoma in situ)

T0 No hay evidencia de tumor primario

T1 Tumor de hasta 2 cm en su mayor dimensión.

T2 Tumor de más de 2 cm hasta 4cm.

T3 Tumor de más de 4 cm.

T4 Tumor de gran tamaño que se extiende más allá del sitio anatómico de localización a las estructuras vecinas, por ejemplo: músculos, huesos, lengua, piel del cuello, etc.

TX No se obtienen los requisitos mínimos para ser evaluado.

N0 No hay evidencia de compromiso ganglionar.

N1 Ganglios cervicales homolaterales de hasta 3 cm.

N2 Evidencia de Ganglios cervicales mayor de 3 y hasta 6 cm.

N3 Ganglios cervicales de más de 6 cm.

NX No se obtienen los requisitos mínimos para evaluarlo

M0 No hay evidencia de metástasis a distancia

M1 Hay evidencia de metástasis a distancia

Mx No se obtienen los requisitos mínimos para su evaluación.

CLASIFICACION HISTOPATOLOGICA DE LOS CARCINOMAS DE LA BOCA

Clasificación por grados

Grado 1. Numerosas perlas epiteliales, importante queratinización celular con puentes intercelulares, menos de 2 mitosis por campos observadas con gran aumento, raras mitosis atípicas y escasas células gigantes multinucleadas, pleomorfismo celular y nuclear muy reducido.

Grado 2. Perlas epiteliales escasas e incluso ausentes, queratinización celular y puentes intercelulares aparentes, de 2 a 4 mitosis por campos observadas con gran aumento, algunas mitosis atípicas, moderado pleomorfismo de la célula y los núcleos y escasas células gigantes multinucleadas.

Grado 3. Raras perlas epiteliales, queratinización celular prácticamente inexistente y ausencia de puentes intercelulares, más de 4 mitosis por campo observadas con gran aumento, frecuentes mitosis atípicas, pleomorfismo celular y nuclear muy pronunciado, y frecuentes células gigantes multinucleadas.

Definición de carcinoma.

1- Carcinoma intraepitelial. (Carcinoma in situ). Se caracteriza por un acusado pleomorfismo celular y por la desaparición de la polaridad y de la estratificación epitelial. El epitelio presenta, en todo su espesor, signos de malignidad celular. La membrana basal está intacta. Los núcleos

son hipercromáticos y presentan amplias variaciones de tamaño y de forma. La relación núcleo-citoplasma está alterada. La cromatina se encuentra en forma de gránulos finos o de gruesos conglomerados y regularmente distribuidos.

Los nucleolos son grandes y a menudo múltiples. En todas las zonas del epitelio se observan mitosis, que con frecuencia son anormales. Los tejidos subepiteliales pueden presentar signos de inflamación crónica y vascularización.

2- Carcinoma espinocelular. Tumor constituido por una infiltración subepitelial de células epiteliales malignas que forman islotes, columnas o hileras irregulares. Las células tumorales pueden ser semejantes a algunas de las distintas capas del epitelio escamoso estratificado.

3- Variedades del carcinoma espinocelular. Ellas son:

a) Carcinoma verrugoso. El aspecto y la evolución de este tumor son característicos. El carcinoma verrugoso presenta un bajo grado de malignidad, crece hacia afuera y erosiona más que invade los tejidos subyacentes, inclusive el óseo. Desde el punto de vista histológico se caracteriza por la presencia de grandes imágenes foliáceas muy queratinizadas, con prolongaciones epiteliales interpapilares, bulbosas y algunas presentan una degeneración central. Las mitosis son raras.

b) Carcinoma fusocelular. A menudo se confunde con un sarcoma o un carcinosarcoma por la forma de huso de una parte o de la totalidad de sus células. Algunos tumores presentan un poco de queratinización pese a la falta de diferenciación; las mitosis pueden ser raras y el tumor no siempre presenta un alto grado de malignidad.

c) Linfopitelioma (con inclusión del carcinoma sincitial y del carcinoma de célula de transición). El empleo de este término sólo está justificado por su amplia utilización. En realidad se trata de una denominación incorrecta, pues el tumor es una variedad del carcinoma espinocelular. La presencia de células mal delimitadas confiere al tumor un aspecto sincitial. Las células son de tamaño intermedias y están dispuestas en masa bastante compactas o en hileras unidas en forma laxa; también pueden aparecer aisladas.

Los núcleos son pálidos, redondos u ovales, con nucléolos bien visibles. En algunas de estas neoplasias se producen focos de diferenciación espinocelular. El tumor se origina en zonas ricas en tejidos linfoides como las amígdalas y el tercio posterior de la lengua, y en general, presenta un estroma linfoide.

Anexo 3: INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL MODELO 47-22-1 (Remisión de Pacientes del PDCB)

Anverso del modelo:

Datos Generales: En este rectángulo debe anotarse, con una letra clara y legible, en los espacios designados al efecto los datos siguientes: Unidad a la que se remite, unidad que remite: provincia, código de la provincia, nombre y apellidos, sexo, edad, dirección y número de carné de identidad.

El resto de los datos se responde marcando una cruz o encerrando en un círculo los códigos, según corresponda a los hallazgos.

Consulta por: Sintomático corresponde al paciente que refiere algún síntoma y el Asintomático si el paciente es detectado sin referir síntoma alguno.

Diagnosticado por: Marcar el número 1 si el estomatólogo realizó el diagnóstico en consulta y un 2 si fue durante una visita de pesquisaje.

Diagnóstico presuntivo: Las siglas consignadas permitirán identificar el tipo de lesión que presuntamente tiene el paciente, entendiéndose como:

- N.M.: cualquier neoplasia maligna.

- L.E.U.: Leucoplasia en cualquiera de sus formas u otras queratosis.

- N.B.: neoplasia benigna (Lipoma, Papiloma, Adenoma, Ameloblastomas, Fibroma, etc.)

L.P.M.: otra lesión o estado preneoplásico (Eritroplasia, Liquen Plano Erosivo, Nevus, Mucosa Atrófica, etc.)

- Otra lesión: cualquier lesión que no pueda ubicarse en los diagnósticos anteriores (Granulomas, Epulis, Abscesos, etc.)

Localización de la lesión: Encierre en un círculo o marque con una cruz la localización de la lesión. Se recomienda que cuando un paciente tenga más de una lesión se marque solamente la más importante.

El anverso del modelo termina con el nombre del estomatólogo que diagnosticó al paciente y la fecha de realizado el examen.

El acápite "No." será llenado por la Dirección Nacional de Estadística y corresponderá a un número consecutivo para los pacientes remitidos de una provincia durante un año. Al tiempo que completará el código de la provincia.

Reverso del modelo:

Estos datos deberán ser llenados por el Cirujano Maxilo-Facial una vez realizado el diagnóstico definitivo.

Histopatología de la lesión: Encerrar en un círculo o marcar con una cruz el número correspondiente al tipo histopatológico. Los conceptos comprendidos entre el 1 y el 5 corresponden a Carcinoma in Situ y Carcinoma Espinocelular o Epidermoide, de acuerdo a su grado histopatológico; el 6 corresponde a cualquier tipo de Adenocarcinoma; el 7 a otra neoplasia maligna diferente a las anteriores (Melanoma, Sarcoma Osteogénico, Fibrosarcoma, etc.); el 8 a cualquier Neoplasia Benigna (Papiloma Escamoso, Fibrolipoma, Adenoma Pleomórfico, etc.); el 9 corresponde a Leucoplasia, independientemente de su tipo o presencia de Displasia (Leucoplasia Maculosa, queratosis focal, etc.); en el 10 se consigna todo estado preneoplásico y las otras lesiones preneoplásicas (Eritroplasia, Liquen Plano, Nevus, Queilitis Actínica); en el 11 se consigna cualquier proceso de tipo inflamatorio, independientemente de su variedad o magnitud (Epulis Fisurado, Hiperplasia inflamatoria crónica, etc.); en el 12 se precisará cuando el paciente no presente lesión, porque nunca existió o desapareció espontáneamente durante el proceso de diagnóstico (Estomatitis Aftosa Recurrente Menor); el punto 13 será llenado cuando el proceso se refiera a variaciones de procesos anatómicos normales del complejo bucal (glositis migratoria benigna, glositis romboidal media, torus palatino, plicas o rugosidades palatinas, etc.); en el número 14 se anotará si el diagnóstico no tiene confirmación histológica (sólo clínica).

Etapas de la lesión:

No pertinentes: (1) Se refiere a cuando no se trata de una lesión maligna.

Clasificación TNM: Véase clasificación TNM.

Etapas (Etapa clínica):

I. Se consigna cuando la neoplasia maligna tiene hasta 2 cm.

II. Cuando la neoplasia maligna tiene más de 2 cm y hasta 4 cm.

III. Presencia de linfonódulos cervicales.

IV. Etapa avanzada, no tratable, por gran tamaño o metástasis a distancia.

Diagnóstico definitivo: Se consignará el diagnóstico definitivo, el cual debe relacionarse con el histológico para completar éste. Aquí deberá escribirse por ejemplo: Melanoma del Paladar Duro, Adenoma Pleomorfo de Glándula Submaxilar, un diagnóstico histológico de 11, podría ser completado como Epulis Fisurado de la Encía Superior.

Informe al RNC: En caso de neoplasia maligna deberá consignarse si se informó con el correspondiente llenado del modelo al Registro Nacional de Cáncer o no.

Al final deberá consignarse el nombre y apellidos del Cirujano Maxilo-Facial que completa el modelo y la fecha de llenado del mismo.

Anexo 4: SISTEMA DE INFORMACION ESTADISTICO

PROCEDIMIENTOS

1. CLINICAS ESTOMATOLOGICAS Y OTROS SERVICIOS DE ESTOMATOLOGIA

1.1- Consulta del Estomatólogo

1.1.1 Registrar en el modelo 18-198 (Actividades de Estomatología) a todo paciente de 15 años y más que se le realice el examen del complejo bucal, anotando el código 8.1 (Examinado por el PDCB).

1.1.2 Anotar en la historia clínica el resultado del examen del complejo bucal y de ser sospechoso de una lesión pre-maligna o neoplásica, deberá confeccionar el modelo 47-22-01 (Remisión del Paciente PDCB) en su anverso, el que entregara al paciente para que este se dirija al departamento de estadística donde le darán el turno para la consulta de Cirugía Máxilo Facial

1.1.3 Anotar en el modelo 18-198 (Actividades de Estomatología) el código 8.2 (Remitido por el PDCB) en caso de que el paciente haya sido remitido al Cirujano Máxilo Facial.

1.1.4 Revisar periódicamente el listado de control de los pacientes remitidos a la consulta de Cirugía Máxilo Facial, el cual estará ubicado en el Departamento de Estadística el mismo será usado para controlar la asistencia de los pacientes a la consulta de Cirugía Máxilo Facial.

1.2- Consulta de Cirugía Máxilo Facial

1.2.1 Recibir los modelos 47-22-01 de los pacientes remitidos que concurren a consulta y después de ser atendido y diagnosticado el paciente llenar el reverso del modelo.

1.2.2 Anotar en el modelo 18-198 (Actividades de Estomatología) que es un caso remitido del PDCB.

1.2.3 Enviar una vez completado el modelo 47-22-01 (Remisión del Paciente PDCB) al Dpto. de Estadística.

1.2.4 Revisar periódicamente el listado de pacientes remitidos a la consulta de Cirugía Máxilo Facial, el cual estará ubicado en el Departamento de Estadística el mismo será usado para controlar la asistencia de los pacientes a la consulta de Cirugía Máxilo Facial.

1.3- Departamento de Estadística

1.3.1 Elaborar un listado de control de los pacientes remitidos por el PDCB a la consulta de Cirugía Máxilo Facial el que tendrá los datos siguientes: (Fecha de remisión, Nombre y apellidos, No de carnet de identidad, Dirección, No de historia clínica, Diagnostico presuntivo y el Diagnostico definitivo cuándo lo tuviera, nombre del que lo remite).

1.3.2 Recibir del paciente el modelo 47-22-01 (remisión del Paciente PDCB) con el cual hará los procedimientos siguientes: anotar en el borde superior derecho el día, hora, y lugar de la consulta de patología bucal con el cirujano Máxilo Facial, también deberá utilizar este modelo para actualizar el listado de pacientes remitidos. Devolver el modelo al paciente para que lo entregue al cirujano Máxilo Facial. Velar porque el modelo este llenado completamente.

1.3.3 Recibir y revisar en el modelo 18-198 (actividades de Estomatología) los códigos 8.1 y 8.2 chequeando este ultimo código contra los pacientes anotados en el listado de pacientes remitidos del PDCB. Al procesar la hoja de cargo de la consulta de Cirugía Máxilo Facial no deberá anotar de nuevo como remitido el caso atendido por este, solo lo anotara como consulta de Cirugía Máxilo Facial.

1.3.4 Confeccionar el modelo 241-406-01 (actividades de Estomatología) en las filas 30 y 31 según calendario establecido.

1.3.5 Recibir de la consulta del Máxilo Facial los modelos 47-22-01 concluido y enviarlos al nivel inmediato superior, debiendo informar dicha conclusión al Estomatólogo de asistencia.

1.3.6 Verificar con el Dpto. de Estadística Provincial en que situación se encuentran los casos remitidos de los cuales no se tienen conclusiones, para ello utilizara el listado referido en el punto 1.3.1.

2-SERVICIO DE CIRUGIA MAXILO FACIAL EN HOSPITAL

2.1- Consulta de Cirugía Máxilo Facial

2.1.1 Recibir los modelos 4722-01 de los pacientes remitidos que concurren a consulta y después de ser atendido el paciente y diagnosticado llenar el reverso del modelo.

2.1.2 Anotar en el modelo 18-198 (actividades de Consulta Externa) que es un caso remitido por el PDCB.

2.1.3- Enviar una vez completado el modelo 47-22-01 (Remisión del Paciente PDCB) al Dpto. de Estadística adjunto a la Historia Clínica.

2.1.4- Llenar el modelo 68-02 (Reporte de Caso de Cáncer) a todo tipo de paciente que se le diagnostique una lesión maligna.

2.2- Departamento de Estadística

2.2.1- Confeccionar un listado con todos los pacientes remitidos a la consulta de Cirugía Máxilo Facial, el cual tendrá los datos siguientes: (Fecha de remisión, Fecha de la consulta, Nombre y apellidos, No. de carnet de identidad, No. de historia clínica, Diagnostico presuntivo y el Diagnostico definitivo, nombre del que lo remitió y nombre del que lo recibió).

2.2.2- Recibir de la consulta el modelo 47-22-01 (Remisión del Paciente PDCB) el cual debe de revisar y utilizar para actualizar el Listado de pacientes remitidos y se entregara para dar respuesta sobre los casos atendidos a las unidades remitentes.

2.2.3- Enviar al Departamento de Estadísticas de la Provincia el modelo 47-22-01 (Remisión del Paciente PDCB)

2.2.4- Chequear mensualmente con la unidad que remite para conocer los casos insistentes a la consulta del Máxilo Facial, se incluyen los pacientes insistentes al seguimiento.

3. DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA MUNICIPAL

3.1-Recibir, revisar y consolidar la información suministrada por el modelo 241-406-02 enviados por las unidades.

3.2-Recibir y revisar los modelos 47-22-01 enviándolo al nivel inmediato superior.

4. DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA PROVINCIAL

4. 1 Recibir, revisar y consolidar la información suministrada por el modelo 241-406-02 enviados por las unidades municipales.

4.2 Recibir y revisar los modelos 47-22-01 enviándolo al nivel inmediato superior.

4.3 Recibir, revisar y procesar los modelos 68-02 (Reporte de caso de cáncer) debiendo corresponder un reporte de cáncer por cada caso positivo del PDCB.

CLINICAS ESTOMATOLOGICAS Y OTROS SERVICIOS DE ESTOMATOLOGIA

1-Verificar si se registran en el modelo 18-198 (Actividades de Estomatología) los códigos establecidos por el programa (Paciente examinado = 8.1 y Paciente remitido =8.2).

2-Verificar si se realiza correctamente el registro diario de los datos del modelo 18-198 (Actividades de Estomatología).

3- Verificar si se anota en la Historia Clínica de Estomatología el resultado del Examen del Complejo Bucal.

4- Verificar si existe el listado de pacientes remitidos por el PDCB y si es llenado correctamente según las instrucciones del programa.

5- Verificar la existencia del registro de turnos para la consulta del Cirujano Máxilo Facial.

6- Verificar si se llena correctamente el modelo 47-22-01 y si el mismo es entregado al paciente.

7- Verificar si hay seguimiento en terreno de los pacientes remitidos.

8- Comprobar la calidad de la información contenida en el modelo 241-406-01, filas 30 y 31.

INDICADORES

De Estructura y Recursos

Número de consultorios médicos por provincia

Número de clínicas Estomatológicas por provincia.

1- Número de departamentos estomatológicos en policlínicos por provincia.

2- Número de servicios aislados por provincia.

3- Número de departamentos estomatológicos en Hospitales.

4- Número de servicios escolares (tecnológicos) por provincias.

5- Número de servicios de Cirugía Máxilo Facial por provincia.

6- Número de Estomatólogos por provincia

7- Número de Médicos de Familia por provincia.

8- Número de Cirujanos Máxilo Faciales por provincia.

9- Número de Oncólogos especializados en Cabeza y Cuello por provincia.

10- Número de especialistas en Prótesis dedicados al servicio de rehabilitación de cara y prótesis bucomaxilofacial por provincia.

Fuentes: Dirección Nacional de Estomatología, Dirección Nacional de Hospitales, Dirección Nacional de Atención Primaria, Dirección Nacional de Recursos Humanos, Dirección Nacional de Estadísticas. Así como las dependencias provinciales de cada una de las direcciones mencionadas.

De Proceso

1- Pacientes remitidos por grupos de edad y sexo según antecedentes de interés y provincia.

2- Pacientes remitidos por grupos de edad y sexo según lugar del diagnóstico y provincia.

3- Pacientes remitidos según diagnóstico presuntivo por grupos de edad y sexo según tipo de lesión y provincia.

4- Pacientes remitidos por grupos de edad y sexo según localización de la lesión y provincia.

5- Pacientes remitidos por grupos de edad y sexo según Histopatología de la lesión y provincia.

6- Pacientes remitidos por grupos de edad y sexo con lesión pre neoplásica y provincia.

7- Pacientes remitidos según Histopatología de la lesión y TNM, (Tumor, Neoplasia, Metástasis) y provincia.

8- Pacientes remitidos por grupos de edad y sexo según etapas de la lesión y provincia

9- Numero de pacientes examinados por grupos de edad y provincias.

- 10- Número de pacientes remitidos por grupos de edad y provincias.
- 11- Tasa de pacientes examinados por grupos de edad y provincias.
- 12- Tasa de pacientes remitidos por grupos de edad y provincias.
- 13- Índice de pacientes remitidos por grupos de edad y provincias
- 14- Promedio de tiempo entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo por provincia.

Fuente: Los indicadores del 1 al 8 se obtienen del modelo de remisión 47-22-01, el 10 y el 11 del modelo 241-406-01 de Actividades de Estomatología.

De Resultado o Efecto

- 1- Porcentaje de pacientes pesquisados en etapa I por provincia.
- 2- Tasa de incidencia de cáncer bucal por localización topográfica y provincia.
- 3- Tasa de mortalidad por cáncer bucal por localización topográfica y provincia.
- 4- Porcentaje de población mayor de 15 años que conoce el programa por provincia.*
- 5- Porcentaje de la población mayor de 15 años que se realiza el auto examen bucal por provincia.*

Fuente: Los indicadores del 1 al 2 se obtienen del modelo 47-22-1 y del modelo 68-02 reporte de cáncer,

El 3 se obtiene de los certificados de defunción (Sistema de Información Estadístico de Mortalidad).

* El 4 y 5 se obtienen por investigaciones particulares (encuestas a la población).

Indicadores de Impacto

- 1- Reducción de la tasa global de mortalidad por cáncer bucal a 5 años de orientado el nuevo programa por provincia.
- 2- Reducción de la incidencia por cáncer bucal a 5 años de implementarse el nuevo programa por localización topográfica y provincia.
- 3- Aumento de la proporción de casos detectados en etapa I a los 5 años de impuesto el nuevo programa.
- 4- Porcentaje de pacientes satisfechos con los tratamientos recibidos*.

Fuentes: el indicador 1 se obtiene del Sistema de Información Estadístico de Mortalidad, el 2 y 3 se obtiene del Sistema de Información Estadístico del Programa (modelo 47-22-01) así como del Registro Nacional de Cáncer (modelo 68-02)

*en cuanto a la satisfacción con los tratamientos recibidos este se obtendrá a través de investigaciones particulares (encuestas y/o entrevistas a los pacientes).

CALIDAD DE VIDA

Es evidente que la calidad de vida del paciente oncológico se afecta desde el momento de su diagnóstico.

El cáncer bucal es el más visible y el que más mutila desde el punto de vista estético y funcional al paciente, ya que después de las intervenciones quirúrgicas el paciente pierde parte de su cara y del cuello, con dificultades para deglutir, tragar, ver, oler y oír, a esto se suman la quimioterapia y radioterapia que tienen sus reacciones secundarias. Todo esto influye en la salud mental del paciente que también se afecta.

Para poder estudiar la calidad de vida del paciente con cáncer bucal se hacen necesarias las investigaciones particulares sobre este problema.