



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**“FRECUENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER ORAL Y
OROFARÍNGEO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BELÉN
Y HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY EN LA
CIUDAD DE TRUJILLO DURANTE EL PERIODO
2009 – 2015”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
CIRUJANO DENTISTA

AUTOR:

ALAN JAVIER GARCÍA FERREL

ASESOR:

Mgtr. CD. CÉSAR VÁSQUEZ PLASENCIA

TRUJILLO - PERÚ

2017

TÍTULO

**“FRECUENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER ORAL Y
OROFARÍNGEO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BELÉN
Y HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY EN LA
CIUDAD DE TRUJILLO DURANTE EL PERIODO
2009-2015”**

FIRMA DE JURADO Y ASESOR

Dr. Elías Ernesto, Aguirre Siancas

Presidente

Mgtr. Edwar Richard, Morón Cabrera

Miembro

Mgtr. Juan Luis, Pairazamán García

Miembro

Mgtr. César Abraham, Vásquez Plasencia

Asesor

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer en primer lugar a mi tutor Pablo Millones Gómez por haber compartido su tiempo y conocimientos conmigo, por su valiosa colaboración en la realización de este proyecto, por haberme regalado sus importantes comentarios y exigido a siempre mejorar.

A mis padres Nelson y Yaquelin por haberme dado la vida y su amor incondicional, a mi madre por sus consejos, apoyo y cariño durante toda mi vida hasta llegar a ser un profesional.

A mis amigos Orlando Roldán Ulloa y Giovanni Ascón Ramos, una pareja de esposos a quienes considero como mi familia, por sus consejos de vida, confianza y apoyo permanente que me brindaron desde que los conocí.

A las instituciones el Hospital Belén y el Hospital Víctor Lazarte Echegaray por las facilidades de realizar este proyecto en sus instalaciones y brindarme los permisos necesarios, asimismo al personal que labora en dichas instituciones por su amabilidad y atención que me brindaron en los momentos solicitados.

A todos aquellos quienes me acompañaron y formaron parte de mi vida profesional y personal, gracias a quienes confiaron en mi persona, en especial a mi compañera de vida Diana.

DEDICATORIA

A Dios por haberme guiado y brindado su amor y salud para poder llegar a cumplir mis objetivos.

A mi madre Yaquelin por sus consejos, sus valores, por haberme apoyado en todo momento y confiado en mí para lograr mis metas en la vida.

A mi padre Nelson, quien se encuentra en el cielo gozando de la gloria de Dios, por haberme dado la vida y ser un ejemplo y un motivo más para lograr mis metas.

A mis hermanos Fiorela, Johan, Joseph y Vivana por su generoso apoyo y confianza que me brindaron en todo momento.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal, cuyo propósito fue determinar la frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el periodo 2009 – 2015. Cuya muestra fueron los datos de historias clínicas con diagnóstico de cáncer oral y orofaríngeo de dichos hospitales, siendo confirmados con el examen histopatológico, para la recolección de datos se elaboró una ficha de registro, los cuales fueron presentados en tablas y gráficos. Los resultados muestran que 24 pacientes fueron atendidos en el Hospital Belén, obteniendo el 16.9% y 118 pacientes en el Hospital Lazarte, obteniendo el 83.1%. En cuanto a su localización anatómica los de mayor frecuencia fueron; la glándula parótida con 50% en el Hospital Belén y la lengua el 30.5% en el Hospital Lazarte, según diagnóstico histopatológico; el de mayor frecuencia fue el carcinoma epidermoide con el 87.5% en el Hospital Belén y 83.1% en el Hospital Lazarte, así mismo del total de los casos el sexo masculino fue el de mayor frecuencia con 54.2% y 52.5% en ambos hospitales. Concluyendo que la frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos durante el periodo 2009- 2015 en el Hospital Belén fue del 16.9% y el 83.1% en el Hospital Lazarte; En cuanto a localización anatómica, la glándula parótida y la lengua fueron los más frecuentes, el carcinoma epidermoide tuvo mayor frecuencia en cuanto al diagnóstico histopatológico y el sexo masculino fue el más frecuente entre los pacientes.

Palabras Clave: Frecuencia, cáncer oral y cáncer orofaríngeo.

ABSTRACT

The present research work was of a descriptive, retrospective and transversal type, whose purpose was to determine the frequency of patients with oral and oropharyngeal cancer treated at the Belen Hospital and Victor Lazarte Echegaray Hospital in the period 2009-2015. Whose sample was the data of clinical histories with diagnosis of oral and oropharyngeal cancer of the hospitals mentioned before, being confirmed with the histopathological examination, for the data collection a record sheet was elaborated, which were presented in tables and graphs. The results show that 24 patients were treated at the Belen Hospital, obtaining 16.9% and 118 patients at Lazarte Hospital, obtaining 83.1%. Regarding their anatomical location, the most frequent were; the parotid gland with 50% in the Belen Hospital and the tongue 30.5% in the Lazarte Hospital, according to histopathological diagnosis; the most frequent one was the epidermoid carcinoma with 87.5% in Belen Hospital and 83.1% in the Lazarte Hospital. Likewise, of all the cases, the male sex was the most frequent with 54.2% and 52.5% in both hospitals. Concluding that the frequency of patients with oral and oropharyngeal cancer treated during 2009-2015 in Belen Hospital was 16.9% and 83.1% in Lazarte Hospital. In terms of anatomical location, the parotid gland and the tongue were the most frequent ones, the epidermoid carcinoma was more frequent in histopathological diagnosis and male sex was the most frequent among patients.

Key Words: Frequency, oral cancer and oropharyngeal cancer.

CONTENIDO

1. Título de la tesis.....	i
2. Hoja de firma del jurado y asesor.....	ii
3. Agradecimiento y dedicatoria.....	iii
4. Resumen y abstract.....	v
5. Contenido.....	vii
6. Índice de tablas y gráficos.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	01
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	05
III. METODOLOGÍA.....	18
3.1. Diseño de la investigación.....	18
3.2. Población y muestra.....	18
3.3. Definición y operacionalización de variables.....	19
3.4. Técnicas e instrumentos.....	20
3.5. Plán de análisis.....	22
3.6. Matriz de consistencia.....	23
3.7. Principios éticos.....	24
IV. RESULTADOS.....	25
4.1. Resultados.....	25
4.2. Análisis de resultados.....	31
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	34
5.1. Conclusiones.....	34
5.2. Recomendaciones.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS.....	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015.....	25
Tabla 2 Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según edad.....	26
Tabla 3 Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según sexo.....	27
Tabla 4 Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según localización anatómica.....	28
Tabla 5 Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según lugar de procedencia.....	29
Tabla 6 Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según diagnóstico histopatológico.....	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015.....	49
Gráfico 2 Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según edad.....	49
Gráfico 3 Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según sexo.....	50
Gráfico 4 Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según localización anatómica.....	50
Gráfico 5 Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según lugar de procedencia.....	51
Gráfico 6 Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según diagnóstico histopatológico.....	51

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer oral ha ido incrementando en los últimos tiempos y su diagnóstico precoz es el principal objetivo entre los profesionales de la salud donde el odontólogo puede tomar un papel fundamental para ello. La odontología está dedicada al tratamiento de patologías que afectan periodonto y dientes, además tiene como rol identificar en estadios tempranos patologías que afectan al aparato estomatognático, entre ellos el cáncer, siendo muy importante porque nos conducirá a un tratamiento con menos daño y a un mejor pronóstico.¹

El cáncer es una enfermedad que abarca un conjunto de 100 a más patologías diversas que contiene más de 1,000 características histopatológicas que tienen como variedad común una proliferación descontrolada y anómala de células que ingresan en tejidos y órganos cercanos y lejanos, que al no ser tratados en corto tiempo, podrían ocasionar la muerte de los seres que lo padezcan.¹

El cáncer no es un problema que afecta solo a los países desarrollados, y las infecciones no solo afecta a los países subdesarrollados. Más del 50% del total de casos de cáncer diagnosticados en el 2008, y 2/3 partes de los 7,6 millones de fallecimientos por esta enfermedad, sucedieron en el catalogado 3er mundo.²

Los factores económicos, cambios ambientales y demográficos han concernido en nuestra vida cotidiana, y también en la incidencia de patologías como el cáncer. En el año 2002 ocurrieron 10.9 millones de casos recientes de cáncer y 6.723.887 fallecimientos por esta patología en todo el mundo; datos según la Agencia Internacional para Investigación en Cáncer (IARC). Estos números indican un crecimiento de 22% en la incidencia y mortalidad por dicha patología en relación con

los datos del año 1990 y según la Organización Mundial de Salud (OMS) la cifra se elevará a 15 millones para el año 2020 y 17 millones para el 2030.^{3,4}

Investigaciones realizadas en nuestro País en las últimas décadas nos muestran que han disminuido la frecuencia de factores de riesgo del cáncer, tales como el uso de tabaco e ingesta de alcohol; al contrario de la obesidad, factor que su frecuencia va en aumento. Las infecciones virales (Virus de la hepatitis B, virus del papiloma humano, VIH) también pertenecen a la etiología del cáncer, y es importante prevenirlas.⁵

Conforme pasan los años, la prevalencia de cáncer oral y orofaríngeo va en un aumento considerable, casi 263.020 casos de cáncer de la cavidad bucal, y 127.654 fallecimientos por ésta patología se registran en el planeta anualmente. En la actualidad el cáncer oral tiene mayor incidencia en la población de adultos mayores y está considerada una patología multifactorial.⁶

El cáncer oral y orofaríngeo establece un gran problema a nivel mundial; se encuentra dentro de los 10 tipos de cáncer más convencionales del planeta; figura dentro del 3% y 5% de todas las patologías malignas conocidas en el ser humano. Genera una mortalidad alta, y conlleva un daño físico, disminución de la función, problemas económicos, cambios sociológicos y conductuales. La desilusión incrementa dado que la tasa de tratamientos positivos son realmente bajos para esta patología tan adquirible.^{7, 8, 9, 10, 11}

El Carcinoma de Células Escamosas (CCE), también llamado Carcinoma Epidermoide Oral (CEO), Carcinoma Espinocelular (CE), Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE), simboliza del 90% a más en referencia a las neoplasias malignas orales.^{7, 11, 12,}

13, 14

La incidencia del cáncer oral en el siglo pasado se dio 4 veces más en los hombres que en las mujeres. Dichas proporciones han disminuido en las últimas décadas llegando a 2:1 a menos aproximadamente.^{8, 9, 10, 13, 14}

El CEO tiene aún un pronóstico de resultados negativos, puesto que su supervivencia promedia es 5 años y no rebasa el 50%, sosteniendo elevadas tasas en morbilidad y mortalidad.^{7, 10, 11, 12, 13, 14, 15}

En nuestra vida competente como odontólogos poseemos la misión de reconocer el total de formas de neoplasias en la cavidad bucal; porque el diagnóstico en sus estadios iniciales es la mejor opción como tratamiento frente a una lesión cancerosa.

Los efectos físicos y de función, a nivel personal, social y familiar; por igual la suma de los recursos que se requiere para el diagnóstico, medicación y rehabilitación justifica el incremento de investigaciones para poder describir las características relacionadas con el cáncer de cavidad oral. En nuestro País las pocas investigaciones de epidemiología sobre el cáncer oral y de orofaringe son ejecutados prioritariamente en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), nosocomio de referencia de patologías oncológicas principal del Perú; pero en las últimas décadas por el incremento de las neoplasias se ha distribuido la atención de los pacientes en diversos hospitales, así tenemos al Hospital Belén y el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray. Por ello es imprescindible hacer estudios de frecuencias de esta patología en nosocomios de salud pública.

El presente estudio pertenece a una investigación de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 142 historias clínicas de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo en el servicio de cirugía de cabeza y cuello, maxilofacial y el servicio de oncología abdomen, cabeza y cuello de los Hospitales Belén y Víctor Lazarte Echeagaray entre los años 2009 – 2015.

El objetivo del presente trabajo fue determinar la frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Khode S, et al.¹⁶ (2014), realizaron un estudio para evaluar la relación entre el cáncer oral y el virus del papiloma humano, encontraron que los pacientes con VPH-16 tienen un aumento de 2 a 3 veces en el riesgo de cáncer oral y los pacientes fumadores aumentan este riesgo en 15 veces, concluyeron que la incrementada evidencia de laboratorio y epidemiológica, indica que hay una firme relación entre la infección por VPH y el cáncer oral, por eso esta patología ha conducido al desarrollo de investigaciones a nivel mundial para poder determinar la patogénesis y la etiología precisa de estos tipos de cáncer en asociación con el virus del papiloma humano. Conforme al trabajo que realizaron, el modelo de VPH más común relacionado con el cáncer oral es el VPH-16.

Villa A, et al.⁴ (2014), realizaron un trabajo de investigación con el propósito de determinar la frecuencia de alteraciones bucales malignas clínicamente presentables en pacientes de atención odontológica, entre julio del 2013 y febrero del 2014. Concluyeron que la localización visual bucal óptima para el cáncer bucal sigue siendo un instrumento esencial y simple para reconocer las lesiones dudosas y posteriormente incrementar la supervivencia del paciente sin dejar de lado lo importante que es un examen exhaustivo por el profesional.

García A.¹⁷ (2010), realizó un estudio cuyo propósito fue describir la prevalencia del carcinoma epidermoide bucal entre 2006-2009 en los Hospitales General Santa Rosa y Nacional Dos de Mayo, donde se revisaron los apuntes de las historias clínicas de pacientes que asistieron a los servicios de cirugía de cabeza y cuello en el hospital

nacional dos de mayo y al servicio de oncología de abdomen, cabeza y cuello en el hospital general santa rosa. Concluyeron que el 94,5% perteneció a pacientes con edad de 40 años a más, donde la década más afectada fue la séptima década, el sexo femenino y masculino fueron afectados en igualdad, respecto a localización anatómica: la lengua fue la más afectada, así mismo el carcinoma epidermoide consiguió una prevalencia (96,2%) y el carcinoma verrucoso (3,8%); el carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado (grado II) consiguió los mismos resultados que el carcinoma epidermoide bien diferenciado (grado I) con un 48,1% para cada diagnóstico y por último la carencia de hábitos de insumo del tabaco e ingesta de alcohol logró ser la más frecuente.

Moreno C.¹⁸ (2007) realizó un estudio con el propósito de observar el diagnóstico y tratamiento de cáncer de lengua en el Hospital Guillermo Almenara (Perú). Examinó los datos de 25 historias clínicas, de los cuales consiguió los resultados; la edad de 69.3 años fue el promedio y el 72% de pacientes estuvo ubicado por encima de los 60 años; respecto al género: El sexo femenino obtuvo un 60%; el tratamiento quirúrgico se aplicó en el 88% de los casos y el diagnóstico histopatológico de mayor frecuencia fue el carcinoma escamoso bien diferenciado con el 44%.

Sacsquispe S, et al.¹⁰ (2004) realizaron un estudio de comparación sobre la epidemiología del carcinoma epidermoide bucal ejecutado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de nuestro País, entre dos períodos del 1980-1989 y del 1990-1999. Concluyeron que el carcinoma epidermoide obtuvo un 66% del total de las neoplasias bucales. Respecto al género se presentó una incidencia superior hacia los varones de 1,5:1 durante la etapa de 1980 - 1989, a diferencia del periodo de 1990-1999 en el cual fue de mayor frecuencia en las mujeres en una relación de 1,2:1.

Machicao C.¹⁹ (1996) realizó un estudio sobre los tratamientos quirúrgicos del carcinoma epidermoide bucal ejecutado en el Hospital Nacional Dos de Mayo, de nuestro País. Encontró al tratamiento con mayor frecuencia que fue la resección en bloque con un 54,2%. La zona anatómica de mayor afección fue: maxilar superior con un 34,2%. Respecto al género, el sexo masculino tuvo mayor frecuencia con el 74,2%. Respecto a la edad, la más afectada se encontró entre 71 a 80 años con el 38%.

Castillo S.²⁰ (1993) realizó un trabajo de investigación sobre el carcinoma epidermoide en mucosa bucal adherida al periostio, ejecutado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Localizando 140 casos, donde el 85.7% del total perteneció al carcinoma de reborde alveolar y encía, el 14.3% al paladar duro. Respecto al género; el sexo masculino fue el de mayor frecuencia con el 57.1%. El 92% lo obtuvieron pacientes de 40 años a más, siendo la etapa de mayor afección la 7ma década. El carcinoma epidermoide bien diferenciado, fue el de mayor frecuencia con un 79.6% y la radioterapia fue el tratamiento más empleado.

2.2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1. Cáncer

El término neoplasia, tiene como significado ‘‘nuevo crecimiento’’; por ende un nuevo crecimiento es una neoplasia. La palabra ‘‘tumor’’ se propuso al incremento de volumen provocado por alguna inflamación. Además ésta neoplasia puede causar incrementos de su tamaño y por un antecedente establecido, la mención del término tumor en referencia a lo no neoplásico ha desaparecido. El término tumor ahora es sinónimo de una neoplasia.^{21, 22} Cáncer es un término común, que se denomina a un tumor maligno. Este término proviene posiblemente de la lengua latina que significa ‘‘cangrejo’’ posiblemente esto se deba a que el cáncer se pega tenazmente al igual que un cangrejo a la parte a la que se aferra.^{23, 24, 25}

2.2.2. Cáncer oral

Tiene una representación del 2% al 5% de los tumores malignos en ser humano, con un crecimiento de 5000 casos al año, aunque es bueno resaltar las zonas geográficas en relación a su incidencia.^{25, 26}

El Carcinoma Epidermoide Oral (CEO); simboliza del 90% a más en todas las neoplasias malignas en la cavidad oral.^{26, 27, 28, 29, 30}

2.2.3. Epidemiología del cáncer oral y orofaríngeo

El cáncer oral y orofaríngeo tiene una gran variedad en su distribución geográfica la cual esté probablemente asociada a características raciales, sociales, actuaciones culturales y alimenticias, exhibición a distintos agentes biológicos, químicos o físicos, etc.^{31, 32, 33, 34} La mayor incidencia del cáncer oral se da en las naciones del sudeste del

continente asiático donde simboliza el 25% de todos los tipos de cáncer. En la República de la India y Sri Lanka el cáncer oral es el de mayor frecuencia en el sexo masculino el tercero en el sexo femenino, obteniendo en unas regiones del 35% al 40% de todos los tipos de cáncer.^{36, 37, 38, 39} En el presente, las zonas globales con mayor frecuencia de cáncer oral en hombres, son la India y Francia con tasas establecidas del 20 al 50 por 100.000 personas. En el sexo femenino, las tasas mayores se encuentran del 5 al 10 por 100.000 habitantes y se presentan en la India, naciones del sudeste de Asia y EE.UU.^{35, 37, 39}

❖ **Edad, Raza, Sexo**

El cáncer oral perjudica sobre todo a personas que se encuentran entre los 55 y 75 años de vida. El 73% son diagnosticados de 65 años a menos, el 45% antes de los 55 años de edad y el 20% menor a los 50 años. El CEO es extraño en personas menores de 40 años y mayor aún en pacientes menores a los 15 años. En EE.UU., del 1-3 % de los CEO se da en personas de 40 años a menos. Y la edad promedio en su diagnóstico es de 60 años a más, el CEO puede ser establecido como la patología del adulto mayor.^{28, 40, 41} Las tasas elevadas de cáncer oral y orofaríngeo en el adulto mayor pueden ser debido a los cambios que sufre la mucosa bucal de las personas que cursan dicho periodo de vida, que los hace más vulnerables al mecanismo de los agentes cancerígenos.^{42, 43}

❖ **Localización anatómica**

En gran parte del mundo, el labio con el 38% es el más frecuente en el cáncer oral y orofaríngeo, le sigue la lengua (30 - 36%), el piso de la boca, paladar blando y región retromolar. Las localizaciones menos comunes son el paladar duro y el

reborde alveolar superior. En la lengua: la cara ventral y los bordes son los más comúnmente afectados, y el dorso de la lengua una localización poco frecuente.^{44, 45, 46}

Las localizaciones del cáncer oral se asocian con la predisposición de terminar en una neoplasia en algunas zonas de la mucosa oral; más del 75% de los CEO se inician en un área de herradura que abarca piso de la boca, complejo del paladar blando y los bordes laterales de la lengua.^{46, 47, 48}

Dichas áreas se encuentran recubiertas por epitelio no queratinizado con sensibilidad a los agentes cancerígenos que se diluyen en la saliva y suelen aglomerarse en zonas gravitatorias como el área ventrolateral de la lengua y el piso de la boca.^{49, 50}

2.2.4. Etiopatogenia del cáncer oral

Es desconocida así como la mayor parte de los tipos de cáncer. La variedad de factores etiológicos están comprometidos en el progreso del CEO en la que colaboran factores genéticos, agentes infecciosos, materiales químicos, patologías preexistentes, factores físicos, escasa nutrición, etc.^{35, 49, 51}

2.5.5. Clínica del cáncer oral

El cáncer oral puede mostrar variadas y múltiples aspectos clínicos que a veces puede ser difícil realizar un diagnóstico adecuado de manera precoz. El diagnóstico precoz del cáncer oral es el factor más importante para un pronóstico positivo, tal es así que en las neoplasias menores a 10 mm obtiene un índice de sanación del 100%. Por desgracia las neoplasias en fase inicial no refieren síntomas, por ello el paciente no le da la debida

importancia del caso.^{49, 52, 53} Las lesiones precoces que se presentan se dan como una área blanca o eritroleucoplásica, o un pequeño crecimiento tumoral o como una ulceración que no termina de curar, que es la más común. Todas las tumoraciones o ulceraciones de la cavidad bucal que no se sanan en catorce días deben ser de consideración y biopsiadas.^{47, 50}

2.2.6. Localizaciones anatómicas del cáncer oral y orofaríngeo

❖ Cáncer de Labio

Se ubica de preferencia en el labio inferior con el 90%, representando una asociación con la exposición de los rayos del sol. Esta área se ve afectada en su mayoría en el sexo masculino con edades de 50 a 70 años. Las lesiones suelen originarse post alteraciones ya existentes tales como la queilitis actínica o leucoplasias. Suelen observarse áreas leucoplásicas, de atrofia o ulceraciones crónicas que no sanan. Mayormente, la invasión profunda toma un tiempo prolongado y la metástasis hacia ganglios submandibulares y submentonianos no son comunes. El pronóstico es bastante bueno en esta localización anatómica, mayor aún si se diagnostica prematuramente.^{28, 42}

❖ Cáncer de lengua

Es el más común en la cavidad oral y se da preferentemente en el área ventrolateral posterior (más del 50%). Esta zona anatómica es de mayor frecuencia en el sexo masculino y en edades más precoces que las demás.^{44, 54} Se manifiesta a menudo como una lesión exoflica con zonas de ulceración o como un área eritroleucoplásica o una ulceración superficial. La lengua es una localización

anatómica común de lesiones pre cancerígenas así como la leucoplasia y el liquen plano que tienen que ser estrictamente evaluadas.^{29,30}

En general, el curso de dicha patología se desarrolla con una lesión ulcerada de características de malignidad, en forma de varios milímetros de diámetro que forma una lesión típica. Su desarrollo es altamente infiltrante, causando incremento de dolor y problemas para la deglución y fonación.⁵⁰

❖ **Cáncer del piso de la boca**

Está asociado a los hábitos de consumir tabaco y tomar bebidas alcohólicas, encontrándose en común cirrosis hepática, y se presenta mayormente en el sexo femenino. La mayoría de estos tipos de cáncer se da en la porción anterior del piso de la boca.^{42, 48}

La lesión en esta localización anatómica empieza como una pequeña masa indurada que en poco tiempo se ulcera. La infiltración tumoral, desde el piso de la boca, puede expandirse por las estructuras continuas, puede afectar la encía, los músculos genioglosos y la lengua. La metástasis linfática es habitual, aunque con menor frecuencia que el CEO de lengua, y habitualmente aparecen en los ganglios subdigástricos y submaxilares, o también bilaterales.⁴⁸

❖ **Cáncer de paladar**

Los CEO de paladar se ubican de preferencia en el paladar blando. En el paladar duro son de mayor frecuencia las neoplasias salivales.^{31 33}

Esta localización anatómica es de mayor frecuencia en naciones como la India donde se fuma de tipo invertido.^{35, 36}

Su manifestación clínica acostumbra a ser con una apariencia de placas rojas, blancas o como una ulceración crónica y en circunstancias como una lesión fungosa. Los reportes de este tipo de cáncer con metástasis cervicales en el instante del diagnóstico son altos.^{31, 50, 51}

❖ **Cáncer de reborde alveolar**

Esta localización está relacionada en determinadas partes del mundo con el hábito de masticar tabaco.^{40, 50, 51}

En general aparece como una zona leucoplásica o eritroleucoplásica que incrementa y puede llegar a ulcerarse. En dicha zona anatómica se da con frecuencia la invasión ósea y el desplazamiento dentario. Su ubicación más habitual se da en las porciones posteriores. Algunas veces la tumoración puede tener un aspecto benigno con similitud a una respuesta fibrosa o inflamatoria. La invasión a los espacios perineurales de los nervios maxilares puede suministrar un camino de diseminación del tumor llegando alcanzar el ganglio intracraneal.^{28, 29}

❖ **Cáncer de mucosa yugal**

El cáncer de mucosa yugal frecuentemente está en relación con el hábito de fumar tabaco y se da como una zona leucoplásica o eritroleucoplásica o como una pequeña masa tumoral. En el adulto mayor puede manifestarse grandes lesiones exofíticas verrucosas blancas que corresponden a la variedad del carcinoma verrucoso relacionado con los VPH y un pronóstico general bueno.^{42, 45, 51}

2.2.7. Metástasis

El cáncer oral se dispersa a través de la invasión de los vasos linfáticos. Las células tumorales en proliferación elaboran un incremento del tamaño de los ganglios linfáticos y se dispersan más allá de sus cápsulas, hacia el tejido circundante. Dichos ganglios linfáticos se pueden palpar de manera sencilla y parecen duros y fijos al tejido adyacente, impidiendo su movilización. La existencia de ganglios linfáticos de mayor tamaño, duros y fijos, son signos clínicos de un pronóstico malo.^{28, 29, 39}

La presencia de metástasis a distancia clínicamente aparentes no es muy frecuente. Las lesiones que se dispersan más allá de los ganglios linfáticos regionales de la cabeza y cuello en su mayoría hacen metástasis en el hígado y los pulmones.^{27, 28, 48}

2.2.8. Histopatología

En el sistema estomatognático, el 97% de las neoplasias malignas están diagnosticadas como carcinoma de células escamosas (CCE). Lo referente al 3% restante corresponde a otros tipos de diagnóstico como el adenocarcinoma salival, melanomas, linfomas, sarcomas, etc.^{39, 45, 47}

Los cánceres superficiales o microinvasores e in situ se definen como un cáncer que no evidencia invasión, y están confinados a la mucosa sin haber destruido la membrana basal. Es una lesión extraña en la cavidad oral, y su pronóstico es bueno si es diagnosticado de manera precoz.^{27, 28}

Si bien todos los carcinomas poseen capacidad de realizar metástasis, existe diferencia en el potencial metastásico de los distintos carcinomas de células planas. Dicho

potencial está relacionado con la variedad histológica que se localiza en el carcinoma de células planas bucal.

La variedad histológica se vincula con el grado de diferenciación que tienen las células tumorales y la semejanza entre la arquitectura del tejido y el epitelio plano estratificado normal.³⁶

2.2.9. Clasificación de carcinomas orales

Según una vista microscópica general el CEO se distingue en:

❖ CEO bien diferenciado o de grado I

Son cánceres que elaboran altas cantidades de queratina y tienen algunos grados de maduración, desde células basales a la capa de queratina. Su característica es la proliferación epitelial maligna constituida por islotes y cordones que ingresan profundo y tienen una diferenciación morfológica escamosa. En su mayoría se da clínicamente papilar, nodular, tumoral ulcerado o verrucoso. Rara vez dispone una invasión en profundidad hasta estadios tardíos, y su mayor desplazamiento es superficial. Cuando realiza metástasis lo hace lentamente.^{29, 32}

❖ CEO moderadamente diferenciado o de grado II

Son cánceres que elaboran escasa o nula queratina, tienen definidos los elementos epiteliales pero con menor definición, en los cuales el epitelio aún es reconocible como plano estratificado, pese a su desviación de lo normal. La proliferación tumoral tiene mayor separación celular, mitosis bizarras, menor demarcación entre los tipos celulares, una membrana basal discontinua, etc.^{33, 34, 37}

❖ CEO pobremente diferenciado o de grado III

Son cánceres que no elaboran queratina, no se parece al epitelio plano estratificado, exponen una significativa falta de patrón estructural normal y de cohesión de las células y muestran anomalías celulares extensas.

Se puede distinguir los elementos escamosos con claridad, hay un gran pleomorfismo celular que puede resultar difícil diferenciarlo de un sarcoma. Debido a su veloz crecimiento, por lo normal suelen existir grandes zonas necróticas. En varias ocasiones, es indicado usar técnicas de inmunohistoquímica y ultraestructurales para así poder clasificar a estos cánceres como carcinomas epidermoides.^{32, 35, 36}

2.2.10. Clasificación de los carcinomas de tejidos blandos bucales

La gran mayoría de los cánceres de células planas de cavidad bucal integran a los tipos morfológicos genéricos comunes descritos anteriormente. Los demás carcinomas bucales están conformados por algunos tipos de morfología diversa,^{32, 33} los primordiales son:

❖ Carcinoma verrucoso

Es un tipo de carcinoma bien diferenciado, que se da más entre el sexo masculino y de localización en preferencia el vestíbulo yugal y el paladar. Es una neoplasia exofítica blanca, papilar o verrucosa, de crecimiento lento en un periodo de tiempo largo, no invade en profundidad y no realiza metástasis. Histopatológicamente nace una hiperplasia epitelial no infiltrante, con una queratinización superficial con buena diferenciación de los elementos celulares neoplásicos, sin penetración en

profundidad y con fuerte infiltrado inflamatorio. Esta neoplasia también aparece en otras localizaciones anatómicas y aparentemente está relación con el VPH.^{32, 33, 47}

❖ **Carcinoma de células fusiformes**

Es una variación indiferenciada que se califica por una proliferación fusiforme con dificultad para diferenciarla de un sarcoma, que nace de una proliferación escamosa superficial. Un tercio de estos carcinomas aparecen después del tratamiento con radioterapia. Las localizaciones anatómicas de mayor frecuencia son la lengua, el labio inferior y la mucosa alveolar.^{33, 46}

❖ **Carcinoma adenoescamoso**

Esta variación es de poca frecuencia, caracterizada por una acoplación de un carcinoma epidermoide y un adenocarcinoma. Dicho carcinoma se ha obtenido en la lengua y en el suelo de la boca, y de preferencia en los pacientes de edad avanzada. De los cuales el 80% presentan metástasis en el instante del diagnóstico.^{39, 43, 45}

❖ **Carcinoma basaloide de células planas**

Esta variación de carcinoma basaloide presenta aspectos clínico-patológicos que se diferencian y se da del 50% a más como un componente basaloide en su estructura histopatológica. Su localización anatómica de preferencia es la laringe, hipofaringe, epiglotis y seno piriforme. Las localizaciones anatómicas más habituales en la cavidad bucal son; la base de la lengua y el piso de la boca. En esta última se elabora una variación agresiva con mal pronóstico en comparación al convencional.^{38, 42, 47}

III. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

El presente estudio fue una investigación tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

- DESCRIPTIVO; porque describió las características de los pacientes con cáncer oral y orofaríngeo en dichas instituciones.
- RETROSPECTIVO; porque registró datos ocurridos con anterioridad a la elaboración de esta investigación. Se revisaron las historias clínicas pertenecientes al Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray entre enero del 2009 y diciembre del 2015.
- TRANSVERSAL; porque la recolección de los datos se hizo en un solo momento de acuerdo a los objetivos del estudio.

3.2. Población y muestra

La población muestral estuvo conformada por 142 historias clínicas de los pacientes diagnosticados con cáncer oral y orofaríngeo en los servicios de cirugía de cabeza y cuello, maxilofacial y de oncología de abdomen, cabeza y cuello de los Hospitales Belén y Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015.

3.3. Definición y operacionalización de variables.

Variable	Definiciones Conceptuales	Definiciones Operacionales	Indicadores	Valores finales	Tipo
Cáncer oral y orofaríngeo	Los dos cánceres más comunes en la región de cabeza y cuello. La cavidad oral incluye los labios, las mejillas, la encía, los dos tercios frontales de la lengua, el piso de la boca, y el paladar duro. La orofaringe: el paladar blando, parte de la garganta, las amígdalas y la base de la lengua.	Patología en la que se forman células malignas en cavidad oral y orofaringe, para nuestro estudio consideraremos cáncer en labio, lengua, piso de boca, paladar, mucosa yugal y otras.	Datos de la Historia Clínica	Porcentaje %	Categórica
Edad	Tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. También marca una época dentro del período existencial o de vigencia.	Es el tiempo alcanzado por una persona hasta la actualidad, para nuestro estudio consideraremos desde 0 años y sin edad máxima.	Datos de la Historia Clínica	0 - 19 años, 20 - 29 años 30 - 39 años, 40 - 49 años 50 - 59 años, 60 - 69 años 70 - 79 años, 80 - 89 años 90 - más años	Cuantitativa continua
Sexo	Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Características físicas y biológicas con las que nacen hombres y mujeres, en nuestro estudio: Masculino y Femenino.	Datos de la Historia Clínica	- Masculino - Femenino	Categórica
Localización anatómica	Tiene que ver con las referencias espaciales que posibilitan la descripción de cómo se disponen los tejidos, los órganos y los sistemas del cuerpo humano.	Estructuras anatómicas comprendidas dentro de la cavidad oral y orofaringe.	Datos de la Historia Clínica	- Labio - Lengua- Piso de la boca - Encía - Paladar - Mucosa yugal- Glándula parótida - Glándula submaxilar - Amígdala - Nasofaringe -Otras	Categórica
Lugar de procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo.	Para nuestro estudio consideraremos: Regiones geográficas de nuestro País.	Datos de la Historia Clínica	- Costa - Sierra - Selva	Categórica
Diagnóstico histopatológico	Diagnóstico de enfermedades a través del estudio de las variedades histológicas que se relaciona con la magnitud de diferenciación que presentan las células tumorales.	Determinante fundamental del diagnóstico, eventual tratamiento del paciente y de interés para el presente trabajo de investigación.	Datos de la Historia Clínica	- Ca epidermoide - Ca verrucoso -Ca basocelular -Adenocarcinoma - Ca adenoide quístico - Carcinoma mucoepidermoide	Categórica

3.4. Técnicas e instrumentos

Técnicas

Se elaboró una ficha de recolección de datos (anexo 1).

Se realizó una solicitud dirigida a la Dirección de cada uno de los hospitales solicitando el permiso para hacer uso de sus historias clínicas con diagnóstico de cáncer oral y orofaríngeo. La solicitud dirigida al Hospital Belén (anexo 2), fue aceptada por la Oficina de apoyo a la Docencia e Investigación de dicho hospital, la cual brindó el permiso mediante una constancia (anexo 3), se inspeccionó un promedio de 8 historias clínicas por día para la recolección de datos (anexo 4).

La solicitud dirigida al Hospital Víctor Lazarte Echeagaray (anexo 5), fue aceptada por el Comité de Investigación y Ética de la Red Asistencial La Libertad, la cual emitió el permiso mediante una constancia (anexo 6), se inspeccionó un promedio de 15 historias clínicas diarias en la oficina de archivos para el llenado de las fichas de recolección de datos (anexo 7).

Criterios de inclusión

Se seleccionaron las historias clínicas que contaron con los siguientes datos completos:

- Año de ingreso: periodo de enero del 2009 a diciembre del 2015.
- Edad, sexo, localización anatómica, lugar de procedencia y diagnóstico histopatológico.

Criterios de exclusión

Fueron excluidas de la investigación las historias clínicas que presentaron:

- Datos escritos de manera poco clara.

Instrumento

El registro de los datos se redactó en la ficha de recolección de datos, la cual fue elaborada para este estudio, donde se registró:

- a) Hospital de procedencia.
- b) Número de historia clínica.
- c) Fecha de admisión. Se anotó la fecha de ingreso del paciente a cada institución.
- d) Lugar de procedencia.
- e) Edad. Fue dividida en nueve grupos etáreos.
- f) Sexo. Se registró como: Masculino y Femenino
- g) Localización anatómica: se consideró:
 - Labio
 - Lengua
 - Piso de la boca
 - Encía
 - Paladar
 - Mucosa yugal
 - Glándula parótida
 - Glándula submaxilar
 - Amígdala
 - Nasofaringe
 - Otras partes de la boca
- h) Diagnóstico histopatológico. Se registró como:
 - Carcinoma epidermoide
 - Carcinoma verrucoso
 - Carcinoma basocelular

- Adenocarcinoma
- Carcinoma adenoide quístico
- Carcinoma mucoepidermoide

3.5. Plan de análisis

Para la presente investigación se utilizaron tablas de distribución de frecuencias unidimensionales y bidimensionales con sus valores absolutos y relativos, asimismo se elaboró gráficos de barras para ilustrar los resultados de la investigación.

Para el análisis y procesamiento de la información se hizo uso de una hoja de cálculo de Microsoft Excel y del software estadístico SPSS versión 24.

3.6. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	METODOLOGÍA	POBLACIÓN
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 - 2015?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según edad.</p> <p>Determinar la frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según sexo.</p> <p>Determinar la frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según localización anatómica.</p> <p>Determinar la frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según lugar de procedencia.</p> <p>Determinar la frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según diagnóstico histopatológico.</p>	<p>Tipo</p> <p>El presente trabajo es una investigación de tipo cuantitativa.</p> <p>Nivel</p> <p>El método de investigación es descriptivo.</p> <p>Diseño de la investigación</p> <p>El presente trabajo es un diseño descriptivo, retrospectivo y transversal.</p>	<p>Población</p> <p>La población está constituida por los pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en los servicios de cirugía de cabeza y cuello, maxilofacial y de oncología de abdomen, cabeza y cuello de los Hospitales Belén y Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo entre los años 2009 – 2015.</p> <p>Muestra</p> <p>Está constituida por las 142 historias clínicas de los pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en los servicios de cirugía de cabeza y cuello, maxilofacial y de oncología de abdomen, cabeza y cuello de los Hospitales Belén y Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo entre los años 2009 – 2015.</p>

3.7. Principios éticos

El autor declara que para esta investigación no se realizaron experimentos en seres humanos ni en animales. En cuanto a la confidencialidad de los datos, el autor declara que se siguió los protocolos de su centro de estudios sobre la publicación de datos de pacientes. En cuanto al derecho a la privacidad y consentimiento informado, el autor declara que en este trabajo no aparecen datos de pacientes.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla 1

Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015.

Hospital	n	%
Belén	24	16.9
Víctor Lazarte Echegaray	118	83.1
Total	142	100.0

Fuente: Historias clínicas de los Hospitales Belén y Víctor Lazarte Echegaray

- En los años 2009 al 2015 fueron atendidos un total de 142 pacientes diagnosticados con cáncer oral y orofaríngeo en los Hospitales Belén y Víctor Lazarte Echegaray. Del total de pacientes atendidos en ese período, el 16.9% pertenece al Hospital Belén y el 83.1% del total pertenece al Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

Tabla 2

Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según edad.

Edad (en años)	Hospital			
	Belén		Víctor Lazarte Echegaray	
	n	%	n	%
0 - 19	0	0.0	2	1.7
20 - 29	5	20.8	3	2.5
30 - 39	6	25.0	11	9.3
40 - 49	3	12.5	11	9.3
50 - 59	4	16.7	14	11.9
60 - 69	0	0.0	24	20.3
70 - 79	5	20.8	28	23.7
80 - 89	1	4.2	21	17.8
90 a más	0	0.0	4	3.4
Total	24	100.0	118	100.0

Fuente: Historias clínicas de los Hospitales Belén y Víctor Lazarte Echegaray

- En el Hospital Belén fueron reportados 24 casos, respecto a la edad, el grupo etáreo de mayor frecuencia se da entre las edades de 30-39 años (25.0%). En el Hospital Víctor Lazarte Echegaray fueron reportados 118 casos, respecto a la edad; El grupo etáreo de mayor frecuencia se da entre las edades de 70-79 años (23.7%).

Tabla 3

Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según sexo.

Sexo	Hospital			
	Belén		Víctor Lazarte Echegaray	
	n	%	n	%
Femenino	11	45.8	56	47.5
Masculino	13	54.2	62	52.5
Total	24	100.0	118	100.0

Fuente: Historias clínicas de los Hospitales Belén y Víctor Lazarte Echegaray

- En los años 2009 al 2015, en el Hospital Belén fueron atendidos 24 pacientes diagnosticados con cáncer oral y orofaríngeo, de los cuales con respecto al sexo de los pacientes tenemos que la frecuencia se da en el sexo masculino (54.2%) y en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray fueron atendidos 118 pacientes diagnosticados con cáncer oral y orofaríngeo, donde la frecuencia se da también en el sexo masculino (52.5%).

Tabla 4

Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según localización anatómica.

Localización anatómica	Hospital			
	Belén		Víctor Lazarte Echegaray	
	n	%	n	%
Labio	5	20.8	10	8.5
Lengua	2	8.3	36	30.5
Piso de la boca	1	4.2	3	2.5
Encía	0	0.0	17	14.4
Paladar	0	0.0	8	6.8
Mucosa yugal	1	4.2	2	1.7
Glándula parótida	12	50.0	16	13.6
Glándula submaxilar	2	8.3	9	7.6
Amígdala	0	0.0	5	4.2
Nasofaringe	1	4.2	5	4.2
Otras partes de la boca	0	0.0	7	5.9
Total	24	100.0	118	100.0

Fuente: Historias clínicas de los Hospitales Belén y Víctor Lazarte Echegaray

- En los años 2009 al 2015, en el Hospital Belén fueron reportados 24 casos, de los cuales con respecto a la localización anatómica, La frecuencia se da en la glándula parótida (50.0%). En el Hospital Lazarte fueron reportados 118 casos, donde la frecuencia se da en la lengua (30.5%).

Tabla 5

Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echeagaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según lugar de procedencia.

Lugar de Procedencia	Hospital			
	Belén		Víctor Lazarte Echeagaray	
	n	%	n	%
Costa	20	83.3	112	94.9
Sierra	3	12.5	6	5.1
Selva	1	4.2	0	0.0
Total	24	100.0	118	100.0

Fuente: Historias clínicas de los Hospitales Belén y Víctor Lazarte Echeagaray

- En los años 2009 al 2015, en el Hospital Belén fueron atendidos 24 pacientes diagnosticados con cáncer oral y orofaríngeo, de los cuales con respecto a su lugar de procedencia su frecuencia se da en la costa (83.3%); En el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray se presentaron 112 y su frecuencia se da también en la costa (94.9%).

Tabla 6

Frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015, según diagnóstico histopatológico.

Diagnóstico Histopatológico	Hospital			
	Belén		Víctor Lazarte Echegaray	
	n	%	n	%
Carcinoma epidermoide	21	87.5	98	83.1
Carcinoma verrugoso	2	8.3	9	7.6
Carcinoma basocelular	1	4.2	2	1.7
Adenocarcinoma	0	0	3	2.5
Carcinoma adenoide quístico	0	0	4	3.4
Carcinoma mucoepidermoide	0	0	2	1.7
Total	24	100.0	118	100.0

Fuente: Historias clínicas de los Hospitales Belén y Víctor Lazarte Echegaray

- En los años 2009 al 2015, en el Hospital Belén fueron atendidos 24 pacientes diagnosticados con cáncer oral y orofaríngeo y según su diagnóstico histopatológico su frecuencia se da en carcinoma epidermoide (87.5%); Y en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray la frecuencia se da también en el carcinoma epidermoide (83.1%).

4.2. Análisis de resultados

La frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo que se determinó en el presente estudio nos muestra que del total de casos hallados; en el Hospital Belén se encontró el 16.9% del total de 142 casos, mientras que en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray el 83.1% del total de casos, esta diferencia que existe entre ambos hospitales se debe a la atención especializada brindada por el Hospital Lazarte, donde son atendidos pacientes que tienen referencias de otros nosocomios para el tratamiento de enfermedades consideradas de alta complejidad. Los resultados difieren con los hallados por García,¹⁷ quien realizó su estudio en dos hospitales de Lima con el propósito de evaluar la prevalencia de cáncer de cabeza y cuello; en el Hospital Dos de Mayo obtuvo un 55.6% encontrando 30 casos y en el Hospital General Santa Rosa un 44.4% con un total de 24 casos. Esta diferencia podría deberse a que García evaluó un periodo de 4 años, menor al presente estudio que abarcó un periodo de 7 años; también tomó en cuenta los hábitos de consumo de tabaco y/o alcohol, variedad histológica: CEO bien diferenciado grado I, CEO moderadamente grado II y CEO pobremente diferenciado grado III, y el tratamiento para cada tipo de cáncer, datos que no fueron tomados en cuenta en el presente estudio.

Sobre la frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo, según edad se obtuvo que el 25% de los pacientes con cáncer se encontraron entre las edades de 30 a 39 años pertenecientes al Hospital Belén, resultado que no tiene concordancia con otros estudios. Mientras que el 23.7% de los pacientes con cáncer oral y orofaríngeo se encontraron entre las edades de 70 a 79 años en el Hospital Lazarte. Este resultado fue similar al de Castillo,²⁰ quien obtuvo que el 92% de los casos del INEN se presentaban en pacientes mayores de 40 años; siendo el grupo etario de entre 70 a 79 años el más

afectado; de igual manera el estudio de Machicao,¹⁹ en el Hospital Nacional Dos de Mayo obtuvo como resultado que la edad más afectada fue de 71 a 80 años con el 38%, si bien ambos estudios se realizaron en la ciudad de Lima y el presente trabajo en la ciudad de Trujillo, podemos deducir que en nuestro País la etapa más afectada con dicha patología es la séptima década de vida, en concordancia con los estudios de Sacsacuispe,¹⁰ Cassinelli,¹⁵ Agapito,²³ Quintana,³⁵ Zavala,³⁶ Avalos,⁴⁴ y La Rosa.⁵¹

Acerca de la frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo, según sexo los resultados fueron que los mayores porcentajes 54.2% y 52.5% lo obtuvo el sexo masculino en los Hospitales Belén y Víctor Lazarte Echegaray respectivamente, diferenciándose del estudio de Moreno,¹⁸ quien obtuvo una prevalencia en el sexo femenino con un 60%, resultados que no pueden ser de relevancia ya que su muestra estuvo constituida por 25 historias clínicas, número menor a la del estudio que incluyó 142 historias clínicas, al contrario los resultados del presente estudio son similares al de Machicao,¹⁹ quien obtuvo que el sexo masculino predominó con un 74.2%, según sus resultados coinciden con la mayoría de bibliografía consultada, en que los hombres padecen un promedio de 2:1 cáncer oral y orofaríngeo respecto a las mujeres, debido al hábito de fumar y consumir bebidas alcohólicas.

Según localización anatómica, la glándula parótida obtuvo mayor frecuencia de los casos con 50% en el Hospital Belén y la lengua el 30.5% en el Hospital Lazarte, resultados que difieren con los del estudio de García,¹⁷ quien obtuvo que la lengua presentó mayor frecuencia con 55.6% seguido por el labio con un 9.3%, si bien la lengua fue la localización anatómica más predominante la diferencia en porcentajes pudo deberse a que su estudio abarcó un periodo de 3 años menor al del presente

trabajo; además en sus criterios de inclusión agregó la variedad histológica, reduciendo el número de casos y revisó 54 casos a diferencia del presente trabajo con 142 casos.

Acerca del lugar de procedencia de los pacientes con cáncer oral y orofaríngeo, los resultados muestran que según sus datos de filiación, los pacientes con registro domiciliario de la región de la costa tuvieron mayor frecuencia con 83.3% y el 94.9% en los Hospitales Belén y Lazarte respectivamente; resultados que podrían explicarse dado que los Hospitales pertenecen a la ciudad de Trujillo y el porcentaje menor existente de pacientes fueron referidos a dichos nosocomios desde otros, pertenecientes a regiones aledañas dado la complejidad de esta patología; Datos que no fueron tomados en cuenta en estudios anteriores.

Sobre la frecuencia de cáncer oral y orofaríngeo, según diagnóstico histopatológico se encontró que la mayor frecuencia se da en el carcinoma epidermoide con el 87.5% en el Hospital Belén y el 83.1% en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray; resultados que concuerdan con los del estudio de Sacsquispe¹⁰ quien lo realizó en el INEN, pero con menor porcentaje, y obtuvo que el carcinoma epidermoide fue el de mayor frecuencia con el 60%, resultados que son importantes para un control epidemiológico puesto que su trabajo lo abarcó en un periodo de 20 años, periodo mayor que del presente estudio. Así mismo García¹⁷ en su estudio realizado en dos hospitales de Lima, encontró que el carcinoma epidermoide fue el diagnóstico histopatológico de mayor frecuencia con un 96.2%, seguido por el carcinoma verrucoso con 3.8%, si bien los resultados de García son semejantes a los del presente estudio, cabe resaltar que para obtener dichos datos, él consideró factores específicos como grados de diferenciación histopatológica para un mejor diagnóstico.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se encontró el 16.9% de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén y el 83.1% en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la ciudad de Trujillo durante el periodo 2009 – 2015.
- Se encontró el 25% de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén entre las edades de 30 a 39 años y el 23.7% en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray entre las edades de 70 a 79 años durante el periodo 2009 – 2015.
- Se encontró el 54.2% de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos en el Hospital Belén con el sexo masculino y el 52.5% en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray con el sexo masculino durante el periodo 2009 – 2015.
- La mayor frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos durante el periodo 2009 – 2015, según localización anatómica, en el Hospital Belén se encontró en la glándula parótida (50%) y en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la lengua (30.5%).
- La mayor frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos durante el periodo 2009 – 2015, según lugar de procedencia, en el Hospital Belén se encontró en la costa (83.3%) y en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray en la costa (94.9%).
- La mayor frecuencia de pacientes con cáncer oral y orofaríngeo atendidos durante el periodo 2009 – 2015, según diagnóstico histopatológico, en el Hospital Belén se encontró en el carcinoma epidermoide (89.5%) y en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray en el carcinoma epidermoide (83.1%).

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar investigaciones donde se determine la frecuencia de cáncer oral y orofaríngeo en periodos de tiempo anterior al 2009 o posterior al 2015 y enfocarse en los distintos departamentos del país para tener mayor referencia de esta patología y epidemiología.
- Se recomienda realizar estudios para determinar la prevalencia de cáncer oral en demás hospitales de nuestra localidad con el fin de tener un mejor control epidemiológico de esta patología.
- Se recomienda tomar en cuenta el lugar de procedencia de los pacientes diagnosticados con cáncer oral en los futuros estudios de investigación referente a esta patología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García V, Bascones A. Cáncer oral: puesta al día. *Av Odontoestomatol.* 2009; 25(5).
2. Solidoro A. Pobreza, inequidad y cáncer. *Acta Méd Per.* 2010; 27(3).
3. Solidoro A. Cáncer en el siglo XXI. *Acta Méd Per.* 2006; 23(2).
4. Villa A, Gohel A. Oral potentially malignant disorders in a large dental population. *J Appl Oral Sci.* 2014; 22(6): 473-476.
5. Ramos W, Venegas D. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. 1ra edición. Lima: ASKHA EIRL; 2013.
6. Verdecia A, Álvarez E, Parra J. Mortalidad por cáncer bucal en pacientes de la provincia Holguín. *CCM.* 2014; 18(1): 45-54.
7. Bascones A. Tratado de Odontología. 2a ed. Ediciones Avances Médico-Dentales, 1998.
8. Wood N. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. 5a ed. en español. Editorial Harcourt Brace; 1998.
9. Bhaskar S. Patología Bucal. 4ª ed. Argentina: Editorial El Ateneo, 1991.
10. Sacsquispe S, Asurza J. El cáncer de la cavidad oral en la población peruana. *Actual Odontol y Salud.* 2004; 1(2).
11. Saap J, Eversole L. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2º ed. En español. Ediciones Harcourt; 2004.
12. Sol S. Oral cancer. 2º ed. American cancer society, New York; 1985.
13. Ceccotti E. Clínica estomatológica: SIDA, cáncer y otras afecciones. 1º ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 1993.

14. Redezi J. Patología bucal. 3º ed. México: Editorial Interamericana - McGraw-Hill; 1992.
15. Cassinelli V. Estudio epidemiológico de carcinoma epidermoide de mucosa oral libre en el INEN (1980-1989). Lima: UPCH; 1993.
16. Khode S, Dwivedi R, Rhys P, Kazi E. Exploring the link between human papilloma virus and oral and oropharyngeal cancers. J Cancer Res Ther. 2014; 10(3): 492-498.
17. García A. Prevalencia de carcinoma epidermoide oral en pacientes de dos hospitales de salud pública – Perú en el periodo 2006 – 2009 [tesis para obtener título profesional]. Lima – Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2010.
18. Moreno K. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico del carcinoma de lengua en el servicio de cirugía de cabeza y cuello y máxilofacial del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (2000- 2005). Lima. UNMSM; 2007.
19. Machicao C. Tratamiento quirúrgico del carcinoma epidermoide en cavidad oral. Lima. UNFV; 1996.
20. Castillo S. Estudio epidemiológico de carcinoma epidermoide de mucosa oral adherida a periostio en el INEN (1980 – 1989). Lima: UPCH; 1993.
21. Ruiz A. Prevalencia de neoplasia maligna de la cavidad bucal en el hospital clínico quirúrgico ‘‘Celia Sánchez’’, Años 1982 a 1985. Rev Cuban Estomatol. 1989; 26(3).
22. Lynch M. Medicina bucal de burket: diagnóstico y tratamiento. 5º ed. Editorial Interamericana México; 1992.
23. Agapito J. Frecuencia del carcinoma epidermoide de la cavidad oral en sujetos evaluados en el INEN (1990-1998). Lima: UPCH; 2003.
24. Sol S. Actualización epidemiológica y demográfica de cáncer bucal: datos en california y nacionales. Compen de Clínic en Odontol. 1991; 7(1).

25. García V, González-Moles M, Bascones A. Bases moleculares del cáncer oral. *Avanc en Odontoestomatol.* 2005; 21(6).
26. García M, Lence J, Sosa M. Distribución del cáncer bucal por etapas clínicas. Cuba (1988-1994). *Rev Cuban Oncol.* 1999; 15(3): 170-175.
27. Soriano J. Incidencia en cuba del cáncer en la tercera edad. *Rev Cuban Oncol.* 1998; 14(2): 121-128.
28. Almeida M. Incidencia del carcinoma epidermoide en cavidad oral. Lima. UNFV 1995.
29. Tovar J, Barquera S, López F. Tendencias de mortalidad por cánceres atribuibles al tabaco en México. *Salud Pública de Méx.* 2002; 44(1).
30. Sánchez J. Actualización epidemiológica del cáncer bucal: datos estadísticos comparativos de su prevalencia a nivel del Perú y EE.UU. Lima: UNFV; 1995
31. Boraks S. Diagnóstico bucal. Ed. Artes Médicas; 1999.
32. Regezi J. Patología bucal. 3º ed. México: Editorial Interamericana - McGraw-Hill; 1992.
33. Palomino M. Incidencia de cáncer oral en el Hospital Nacional Dos de Mayo (1992-1996). Lima: UNFV; 1996.
34. Kasper D. Principios de medicina interna. 16º ed. Chile: Editorial Interamericana Mc Graw-Hill; 2005.
35. Quintana J. Estudio sobre los tumores malignos maxilofaciales. *Rev Cuban Estomatol.* 1998; 35(2): 43-48.
36. Zavala D. Frecuencia y distribución del carcinoma epidermoide oral en el INEN (1990-1998). Lima UNFV; 1999.
37. Hashibe M, Mathew B, Kuruvilla B. Chewing tobacco, alcohol and the risk of eritoplakia. *Cancer Ep.* 2000.

38. Riera P, Martínez B. Morbilidad y mortalidad por cáncer oral y faríngeo en Chile Rev Medic de Chile. 2005; 133(5).
39. Kruger G. Tratado de cirugía bucal; 4º ed. México: Editorial Interamericana; 1996.
40. Ariosa J, González F, Rodríguez G. Cáncer bucal. Estudio de cinco años. Rev Med Electronic. 2006; 28(6).
41. Goaz P. Radiología oral. 3º ed. Madrid: Ed. Mosby/Doyma Libros; 1995.
42. García M, Lence J, Sosa M. Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (1987-1996). Rev Cuban Oncol. 1999; 15(2): 114-118.
43. Giunta J. Patología bucal. 3º ed. México: Ed. Interamericana Mc Graw-Hill; 1991.
44. Avalos H. Frecuencias de neoplasias malignas de la cavidad oral según su tipo y la ocupación en sujetos evaluados en el INEN (1990-1999). Lima: UPCH; 2003.
45. Lee P. Diagnóstico y tratamiento del paciente con cáncer oral. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana Vol4 1997.
46. López A. Carcinoma verrugoso en la cavidad bucal: reporte de dos casos. Acta Odontol Venez. 1996; 34(21).
47. Linares J. Carcinoma epidermoide de reborde alveolar superior, caso clínico. Lima: UNMSM; 1999.
48. Pindborg J. Atlas de enfermedades de la mucosa oral; 5º ed. Barcelona: Editorial Masson/Salvat; 1994.
49. Carranza M. Alcoholismo y tabaquismo como factores de riesgo de cáncer oral. Lima: UPCH; 2008.
50. Lárez L. Riesgo probable de cáncer bucal y lesiones precancerosas en mujeres de 30 años residentes en Ocumare, 2004. Acta Odontol Venez. 2006; 44(3).
51. La Rosa C. Estudio epidemiológico de los tumores malignos de origen epitelial en mucosa oral y orofaringe en el INEN (1985-1998). Lima: UNFV; 2000.

52. Urresti J. Frecuencia y distribución del cáncer oral en adultos mayores. Lima: UPCH; 2003.

53. Coronado R. Prevalencia de cáncer de lengua y su manejo quirúrgico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima: UNMSM; 2003.

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Nº: ...

Hospital de Procedencia:

Nº HC:

Fecha de admisión:

Edad

De 0 a 19 años ()

De 20 a 29 años ()

De 30 a 39 años ()

De 40 a 49 años ()

De 50 a 59 años ()

De 60 a 69 años ()

De 70 a 79 años ()

De 80 a 89 años ()

De 90 a más años ()

Sexo

Masculino ()

Femenino ()

Localización

Labio ()

Lengua ()

Piso de la boca ()

Encía ()

Paladar ()

Mucosa yugal ()

Glándula parótida ()

Glándula submaxilar ()

Amígdala ()

Nasofaringe ()

Otras ()

Diagnóstico histopatológico

Carcinoma epidermoide ()

Adenocarcinoma ()

Carcinoma verrucoso ()

Carcinoma adenoide quístico ()

Carcinoma basocelular ()

Carcinoma mucoepidermoide ()

Procedencia

▪ Costa ()

▪ sierra ()

▪ selva ()

Comentarios.....

ANEXO 2

SOLICITUD PARA EJECUCIÓN DE TESIS EN EL HOSPITAL BELÉN

SOLICITO: AUTORIZACION DE PROYECTO DE TESIS

Sr. Director del Hospital Belén de Trujillo

Dr. Ytalo Lino González

Yo, Alan Javier Garcia Ferrel con D.N.I. N° 43162676, alumno de la Facultad de Ciencias de la Salud de la carrera profesional de Odontología de la Universidad Católica los Angeles de Chimbote – sede Trujillo, me presento y expongo: Que por motivos que en nuestra ciudad existen muy pocas investigaciones sobre frecuencias de patologías, pido permiso hacer uso de sus Historias Clínicas y solicito autorice realizar mi Proyecto de Tesis: "FRECUENCIA DE CANCER ORAL Y OROFARINGE EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BELEN Y HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY EN EL PERIODO 2009 – 2015", Por lo expuesto es justicia que espero alcanzar.

Trujillo, 23 de Marzo del 2016

ALAN JAVIER GARCIA FERREL
DNI N° 43162676

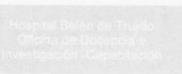
Nota: Adjunto los siguientes documentos:

- Copia y original del vaucher de pago de derecho de autorización
- Copia de DNI
- Proyecto de tesis: impreso y en CD
- Constancia de aprobación del proyecto expedido por la ULADECH
- Constancia de asesoría del proyecto de investigación
- Constancia de coasesoría del proyecto



ANEXO 3

PERMISO DEL HOSPITAL BELÉN PARA LA EJECUCIÓN DE LA TESIS

				JUSTICIA SOCIAL CON INVERSIÓN
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

"AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU"

**LA JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL BELÉN DE
TRUJILLO DEJA:**

CONSTANCIA

Que, el Sr. **GARCIA FERREL ALAN JAVIER**, alumno de la Carrera Profesional de Odontología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, ha presentado el Proyecto de Investigación titulado: "**FRECUENCIA DE CÁNCER ORAL Y OROFARINGE EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BELEN Y HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY EN EL PERIODO 2009-2015**", aprobado por el Comité de Investigación de la Escuela Profesional de Odontología, y la aprobación del Sub Comité de Investigación del Departamento de Odontología.

Se otorga la presente constancia a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Trujillo, 21 de abril del 2016

**REGION LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO**

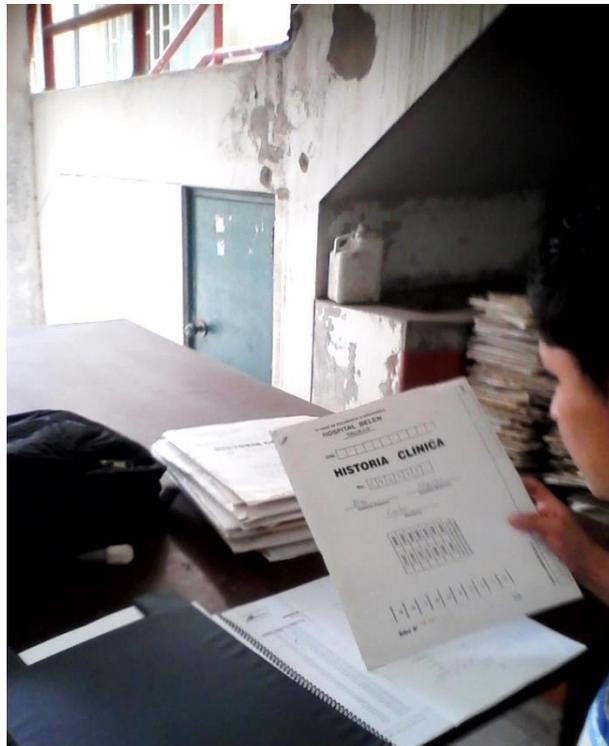
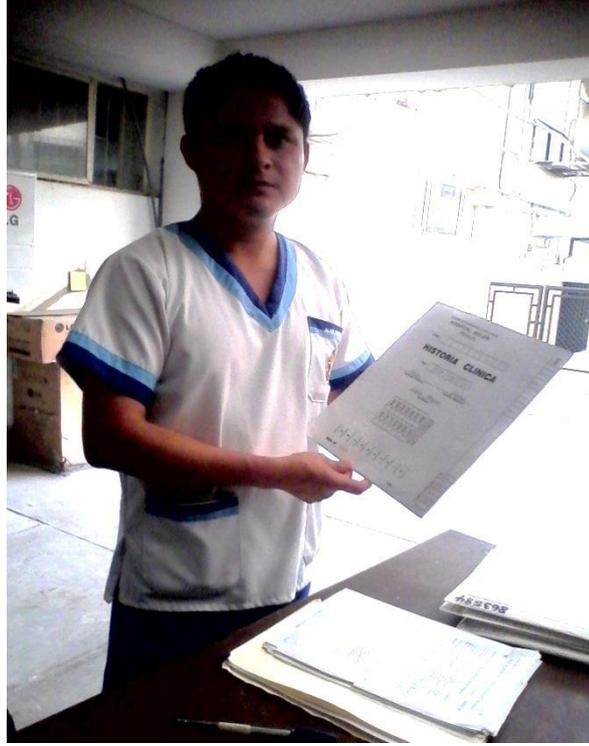
Dra. MIRIAM VERTIZ CONDOR
JEFE OFICINA DOCENCIA, INVESTIGACION, CAPACITACION

MVC/jrz

Jr. Bolívar N° 350 -Trujillo - Teléf. N°044-244261- 044-245281

ANEXO 4

LLENADO DE FICHAS EN EL HOSPITAL BELÉN



ANEXO 5

SOLICITUD PARA EJECUCIÓN DE TESIS EN EL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY

SOLICITO: AUTORIZACION DE PROYECTO DE TESIS

Sr. Gerente de la red asistencial La Libertad

Dr. Juan Huber Mallma Torres



Yo, Alan Javier Garcia Ferrel con D.N.I. N° 43162676, alumno de la Facultad de Ciencias de la Salud de la carrera profesional de Odontología de la Universidad Católica los Angeles de Chimbote – sede Trujillo, me presento y expongo: Que por motivos que en nuestra ciudad existen muy pocas investigaciones sobre frecuencias de patologías, pido permiso hacer uso de sus Historias Clínicas y solicito autorice realizar mi Proyecto de Tesis: "FRECUENCIA DE CANCER ORAL Y OROFARINGE EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BELEN Y HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY EN EL PERIODO 2009 – 2015", Por lo expuesto es justicia que espero alcanzar.

Trujillo 04 de Abril del 2016


ALAN JAVIER GARCIA FERREL
DNI N° 43162676

Nota: Adjunto los siguientes documentos:

- Copia y original del voucher de pago de derecho de autorización
- Copia de DNI
- Proyecto de tesis: impreso y en CD
- Constancia de aprobación del proyecto expedido por la ULADECH
- Constancia de asesoría del proyecto de investigación
- Constancia de coasesoría del proyecto, coasesor trabajador de ESSALUD

ANEXO 6

PERMISO DEL HOSPITAL VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY PARA LA EJECUCIÓN DE LA TESIS

"Año de la consolidación del Mar de Grau' en Perú".

RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA

PI N° 40-CIYE-RALL-ESSALUD-2016

CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Investigación y Ética de la Red Asistencial La Libertad – ESSALUD, ha aprobado el Proyecto de Investigación Titulado:

"FRECUENCIA DE CANCER ORAL Y OROFARINGE EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BELEN Y HOSPITAL VICTOR LAZARTE ECHEGARAY EN EL PERIODO 2009-2015"



ALAN JAVIER GARCIA FERREL

Al finalizar su proyecto deberá alcanzar un ejemplar y un CD del mismo, a la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia - GRALL para ser remitido a la Biblioteca de la RALL, caso contrario la información del Trabajo de Investigación no será avalada por ESSALUD.

Trujillo, 15 de abril del 2016


D^{ca}. Mercedes Milly Muñoz Reyes
PRESIDENTA - RALL
RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD

ANEXO 7

LLENADO DE FICHAS EN EL HOSPITAL VÍCTO LAZARTE ECHEGARAY

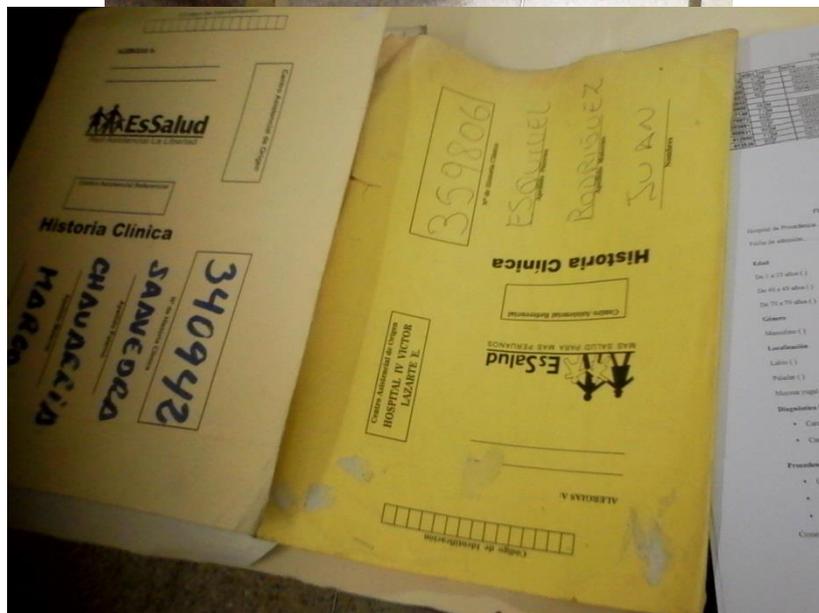


Gráfico 1

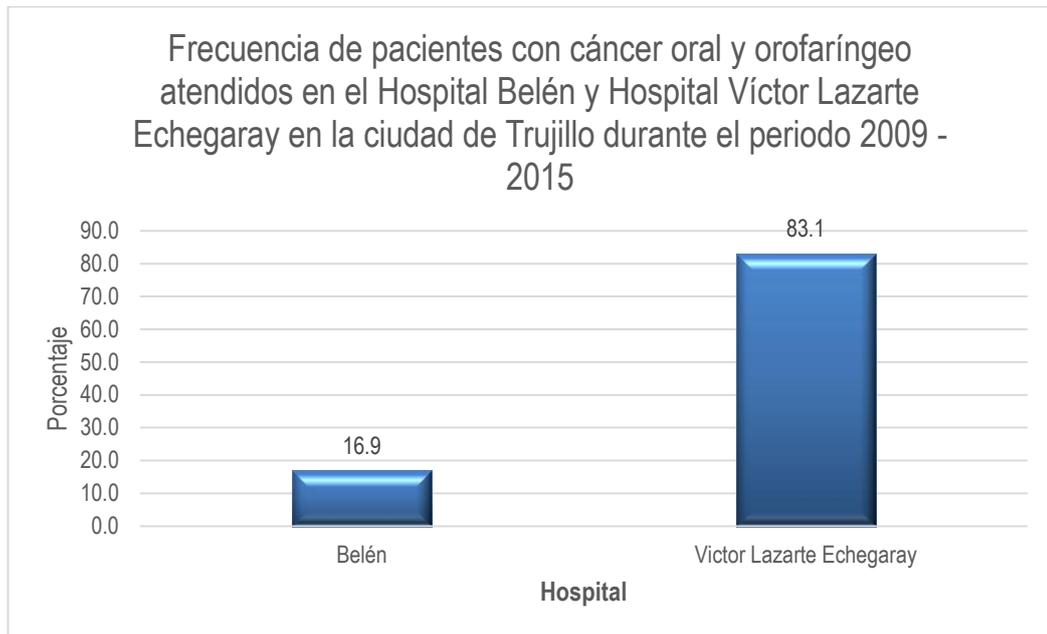


Gráfico 2

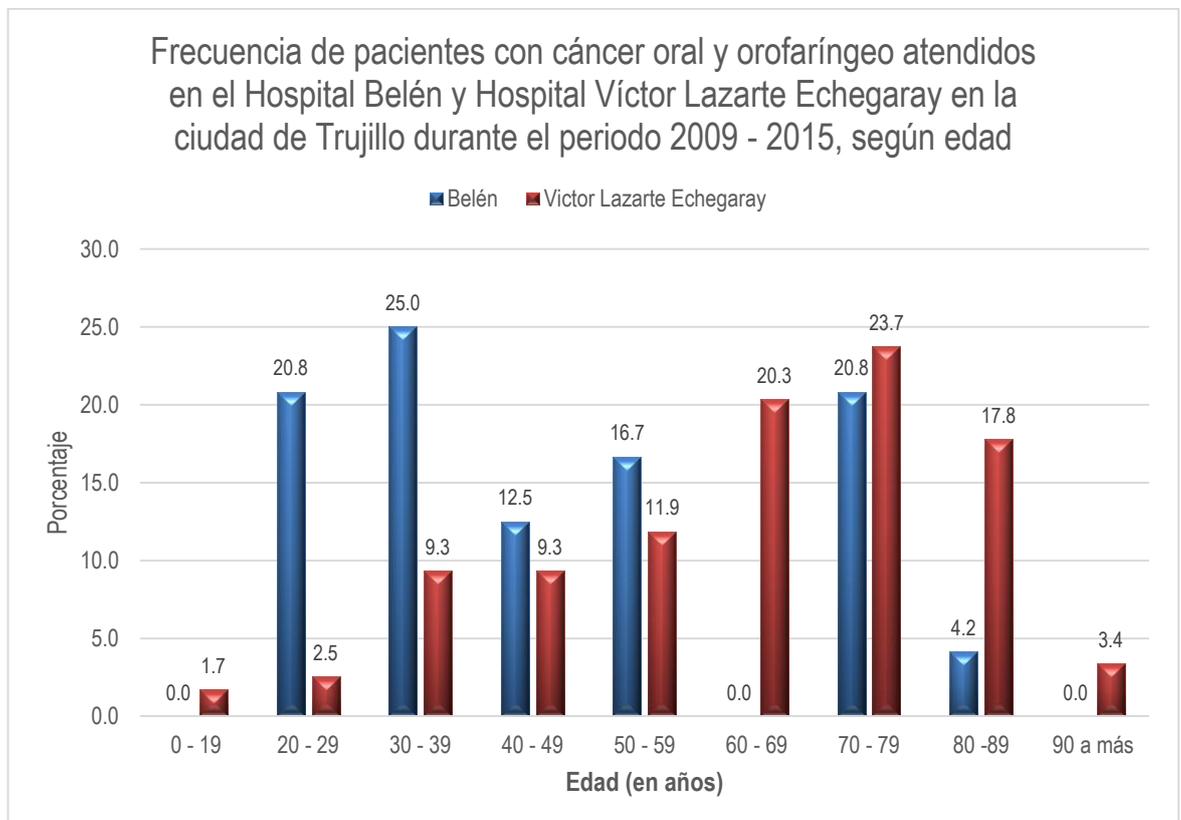


Gráfico 3

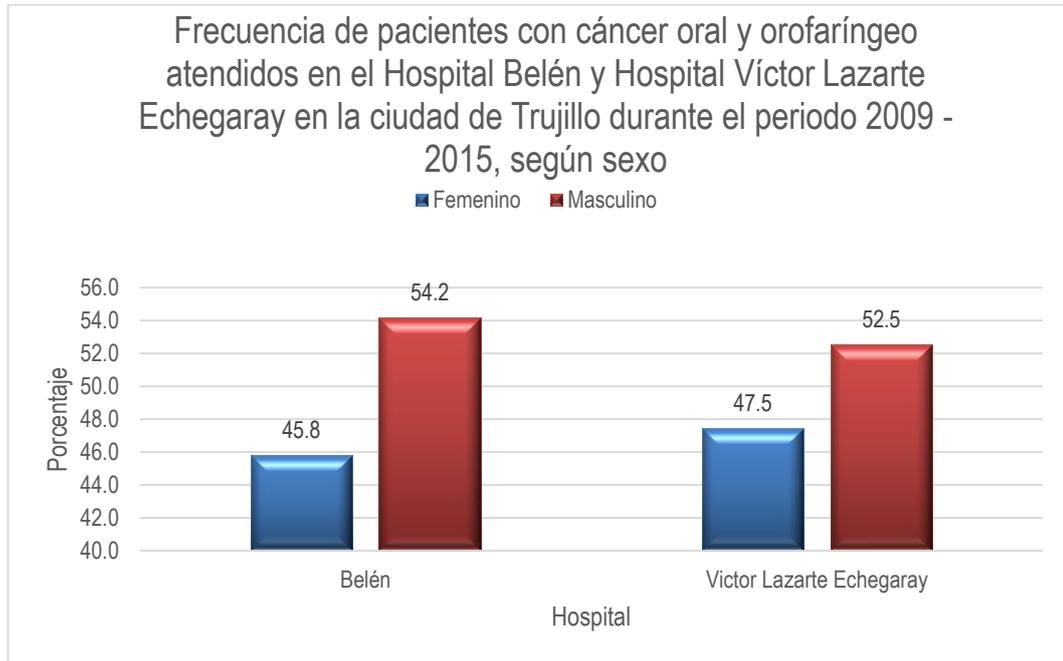


Gráfico 4

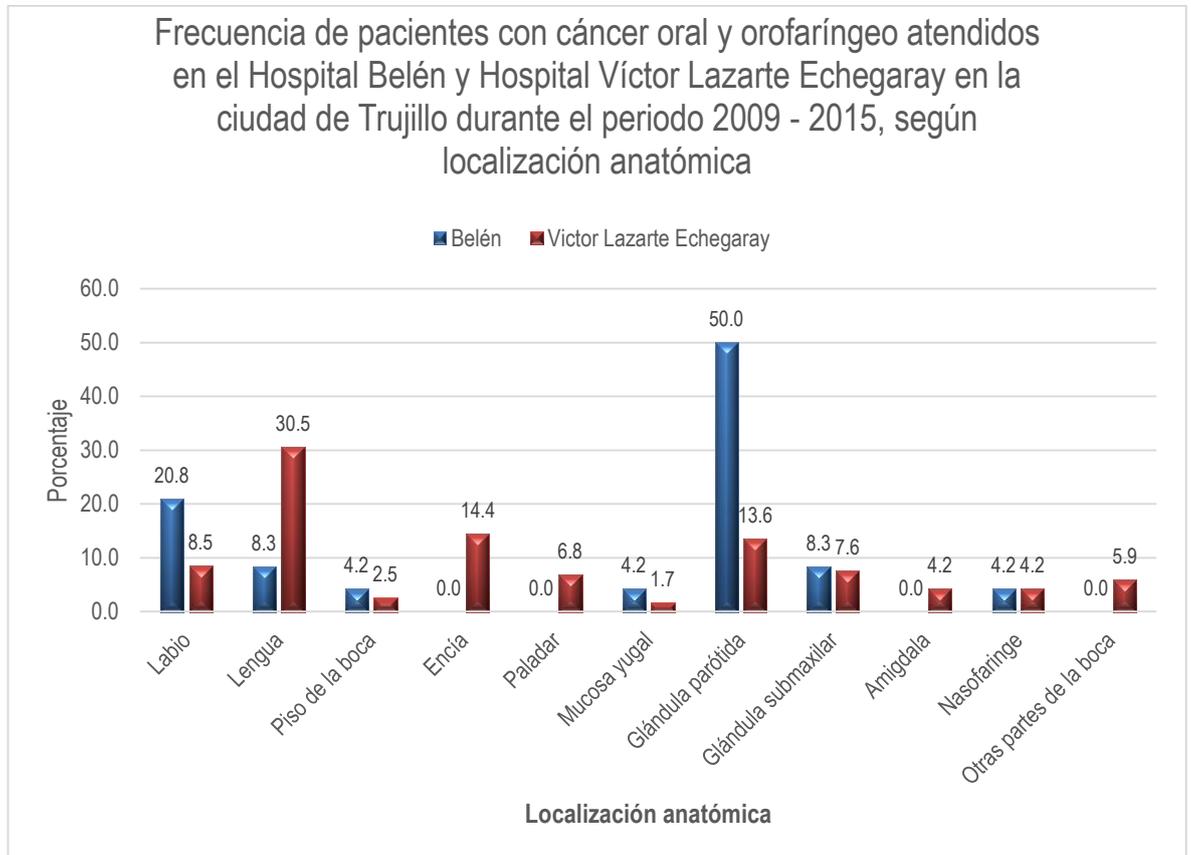


Gráfico 5

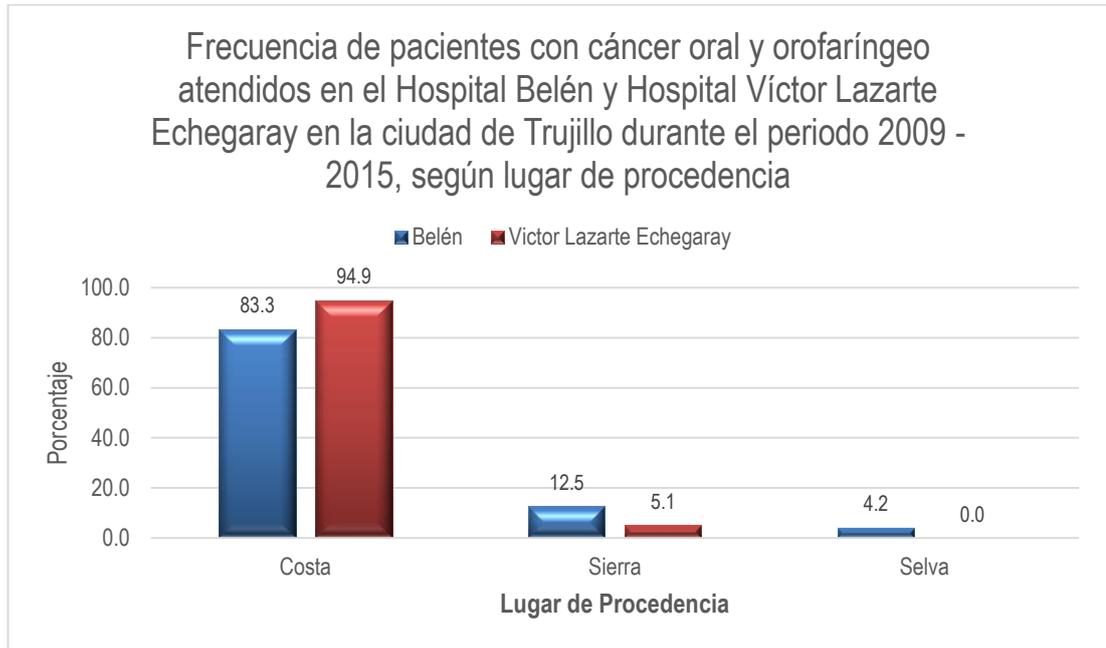


Gráfico 6

