

Casos examinados por el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal. Cuba 1986-1990.

Armando Rodríguez Salvá¹, Letícia Fernández Garrote², Magali Caraballoso Hernández³

Resumen

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo del índice de asistencia de los pacientes remitidos por el estomatólogo hacia las consultas de cirugía máxilo facial y todos los pacientes examinados realmente en estas consultas de atención secundaria, durante los años 1986 al 1990, por provincias, según el Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal. Una proporción considerable de los pacientes remitidos (71,6%) no concurren al especialista para su seguimiento y tratamiento. Sólo las provincias de Villa Clara, Granma y Ciego de Avila presentan tendencias hacia el incremento. Esto indica que existen fallas en las actividades de rescate de los casos. Se sugiere realizar actividades educativas y cumplimentar lo establecido por el Programa, mediante trabajo conjunto entre el estomatólogo, el médico de familia y las organizaciones de masas

Terminos: Cáncer bucal, evaluación de programas, *screening*, diagnóstico temprano.

El cáncer es una afección cuya incidencia puede incrementar-se con el desarrollo económico e industrial de los países⁽¹⁾. De acuerdo con estimados mundiales de la incidencia de cáncer, obtenidos por la OMS en 1980, el cáncer de la boca se encontraba en los primeros lugares de incidencia, siendo el 6% de todos los diagnosticados. En los países en desarrollo ocupaba el tercer lugar (8.5%)⁽²⁾.

En Cuba según informes del Registro Nacional de Cáncer (RNC), en 1988, el cáncer bucofaríngeo se encontraba en el sexto lugar de incidencia en el sexo masculino. Mientras la mortalidad por esta causa se hallaba en el décimo lugar en ambos sexos con 388 fallecidos y una tasa de 3,7 x 100.000 hab. En el sexo masculino ocupaba el sexto lugar⁽³⁾.

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) oficializó mediante Resolución Ministerial en enero de 1986 el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Bucal (PDCB)⁽⁴⁾, que se fundamenta en el examen sistemático de los pacientes que acuden a la consulta estomatológica, mediante una atención escalonada.

En muchos programas de detección se ha observado que a pesar de la intensa propaganda y la acción educativa, una proporción considerable de los interesados no comparecen al especialista para su seguimiento y tratamiento. Una importante causa es la creencia de que nada puede hacerse para combatir el cáncer, ni siquiera cuando se diagnostica a tiempo^(5,6). La calidad de un programa está dada por el cumplimiento efectivo de todas las actividades previstas en el mismo. Es importante no sólo detectar las lesiones sospechosas o malignas, sino confirmar el diagnóstico y aplicar el tratamiento oportuno, de aquí la necesidad de que todos los pacientes que sean pesquisados por el estomatólogo general acudan a la consulta del especialista para completar el ciclo de diagnóstico y tratamiento. En este trabajo estableceremos la relación entre los casos examinados en el nivel primario y los asistentes a las consultas especializadas con el objetivo de profundizar en este importante aspecto del programa.

¹Especialista de I grado en Epidemiología. Especialista de I grado en Administración de Salud. Investigador Aspirante. Grupo del Registro Nacional de Cáncer. INOR.

²Candidata a Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II grado en Bioestadística. Investigador Titular. Profesora Asistente. Vice-Directora de Investigaciones del INOR.

³Especialista de II grado en Epidemiología. Profesora Auxiliar. Jefa del Departamento de Higiene y Epidemiología en la Facultad de Salud Pública de La Habana.

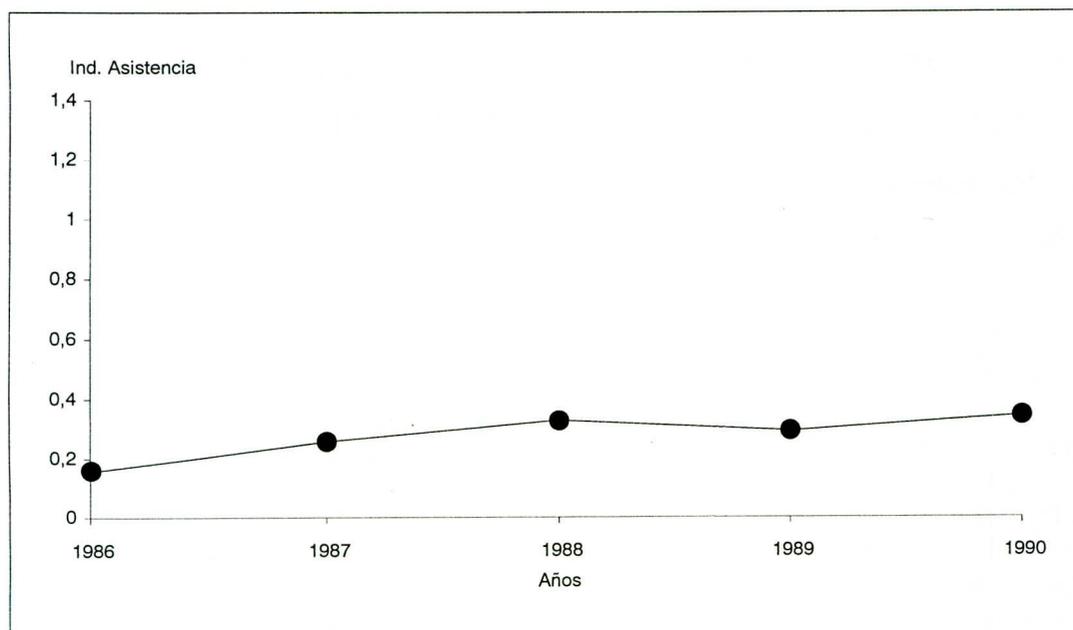


Figura 1 – Comportamiento del Índice de Asistencia. Cuba. 1986–1990. Fuente: Dirección Nacional de Estadística.

Material y Metodo

Se realizó un estudio epidemiológico de carácter descriptivo. El Universo estuvo constituido por todos los pacientes remitidos por el estomatólogo general hacia las consultas de cirugía máxilo facial y todos los pacientes examinados realmente en estas consultas de atención secundaria, durante los años 1986 al 1990, por provincias.

La fuente de información estuvo constituida por las tablas de salida del Sistema de Información Estadística del PDCB disponibles en la Dirección Nacional de Estadística (DNE) del Ministerio de Salud Pública.

La información fue procesada manualmente, utilizando el indicador de asistencia (IA), el que se define como:

Tabla 1 – Índice de asistencia de pacientes remitidos a consulta de cirugía maxilo facial segun años y provincias. Años 1986–1990.

Provincias	Índice de asistencia				
	1986	1987	1988	1989	1990
Pinar del Río	0.56	0.78	0.50	0.37	0.27
La Habana	0.17	0.06	0.10	0.09	0.45
Ciudad Habana	0.05	0.11	0.27	0.11	0.07
Matanzas	0.21	0.20	0.07	0.09	0.10
Villa Clara	0.29	0.34	0.56	0.80	0.81
Cienfuegos	0.43	0.43	0.26	0.52	0.32
Sancti Spíritus	0.33	0.14	0.27	0.12	0.35
Ciego de Avila	0.15	0.34	0.49	0.56	0.56
Camagüey	0.15	0.18	0.40	0.25	0.27
Las Tunas	0.06	0.00	0.06	0.00	0.13
Holguín	0.28	0.57	0.60	0.53	0.47
Granma	0.00	0.00	1.04	1.24	0.92
Santiago de Cuba	0.12	0.20	0.30	0.28	0.29
Guantánamo	0.15	0.60	0.40	0.31	0.34
Isla de la Juventud	0.27	0.55	0.48	0.59	0.16
CUBA	0.17	0.25	0.33	0.29	0.34

Fuente: Dirección Nacional de Estadística.

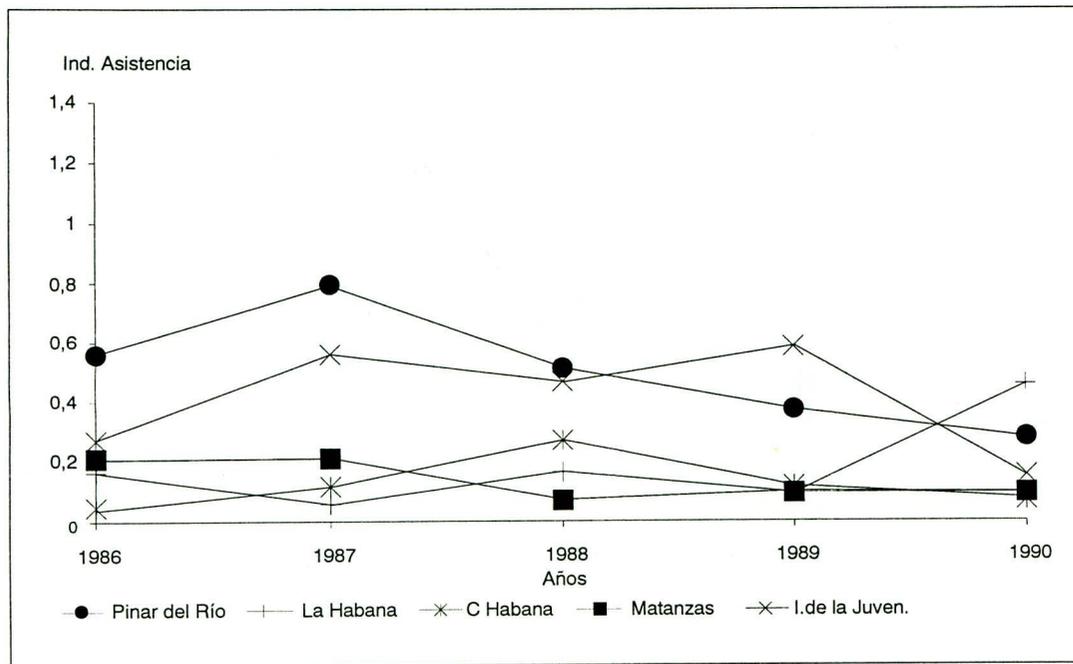


Figura 2 – Comportamiento del Índice de Asistencia. Región Occidental. 1986-1990.

Fuente: Dirección Nacional de Estadística.

$$IA = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de casos examinados por el máxilo facial}}{\text{N}^{\circ} \text{ de casos remitidos por el estomatólogo}}$$

Los valores obtenidos del indicador de asistencia se agruparon según la siguiente clasificación:

0,80 y más = muy bueno

0,79 – 0,60 = bueno

0,59 – 0,40 = aceptable

0,39 – 0,20 = bajo

menos de 0,20 = muy bajo

Este indicador fue analizado por años y provincias.

Resultados

Según los informes anuales del MINSAP⁽⁷⁾ durante el período comprendido entre los años 1986 al 1990 se remitieron a los servicios hospitalarios de cirugía máxilo facial como sospechosos de patología maligna o premaligna de la boca, 23.426 pacientes, para su re-examen y diagnóstico definitivo, lo que representa el 0,23% de los atendidos. De estos sólo acudió a los centros donde se les había enviado, el 28,4%.

Al analizar los casos remitidos y examinados por años para Cuba (Tabla N° 1 y Figura N° 1), se observó que el comportamiento del IA fue hacia el incremento. A pesar del ascenso, los valores corresponden a niveles de bajo y muy bajo según nuestra clasificación.

El descenso ocurrido en el año 1989 puede ser debido al aumento en el número de casos remitidos, superior a los 6.000, pues en años anteriores había oscilado entre 3.500 y 4.800. Sin embargo, el tra-

bajo de rescate de los inasistentes no correspondió a los niveles requeridos.

Para analizar el desarrollo del programa por provincias se procedió a agruparla por regiones. En la región occidental (Tabla N° 1 y Figura N° 2), se observan los IA más bajos; Pinar del Río y el municipio Isla de la Juventud presentan resultados inestables, mientras en La Habana, Ciudad Habana y Matanzas el trabajo es deficiente en el período analizado al obtener indicadores bajos y muy bajos.

Si tenemos en cuenta la importancia de Ciudad Habana para la buena marcha del programa dado que su población es la quinta parte del total de Cuba, se explican los indicadores bajos y muy bajos del país en relación a los pacientes remitidos a la consulta de cirugía máxilo facial.

En la región central (Tabla N° 1 y Figura N° 3) existe una situación algo más favorable, ya que los índices de asistencia además de ser mayores, presentaron tendencia al incremento en Villa Clara y Ciego de Avila, siendo más favorable el trabajo en la primera, al finalizar con índices muy buenos. La provincia de Cienfuegos tuvo un trabajo fluctuante, finalizando 1990 con un índice bajo. Sancti Spiritus y Camagüey también presentaron inestabilidad en su trabajo, predominando los años con indicadores bajos y muy bajos.

En la región oriental (Tabla N° 1 y Figura N° 4), Granma mostró un comportamiento atípico, debido a que presentó índices de asistencia superiores a 1,0 durante dos años, pues en los primeros años no informó los casos examinados a la DNE y en 1988 comenzó a recuperar la información⁽⁸⁾. Por esta razón notificó indicadores muy buenos en

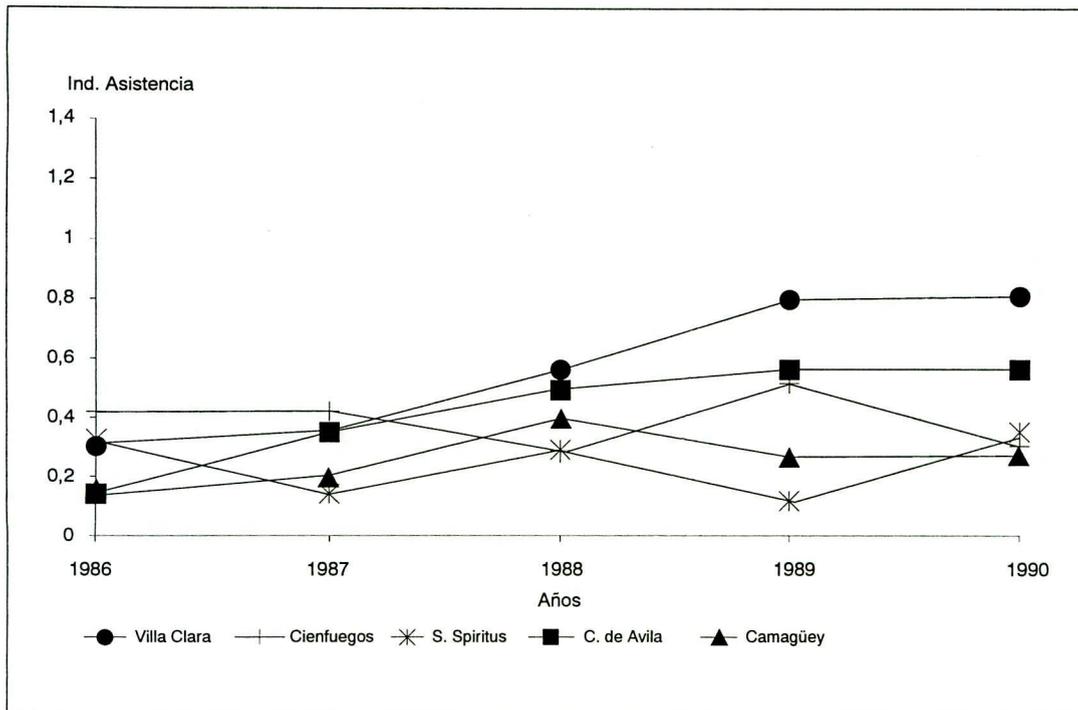


Figura 3 – Comportamiento del Índice de Asistencia. Región Central. 1986–1990.

Fuente: Dirección Nacional de Estadística.

1988, 89 y 90 respectivamente, reportando en el período de los cinco años estudiados, 86% de asistencia. En Holgín, Santiago de Cuba y Guantánamo, aunque tuvieron fluctuaciones en los años analizados, se observó un incremento en el índice de asistencia con relación a 1986, finalizando la primera con un índice aceptable y las otras con índices bajos.

En Las Tunas la situación se puede calificar de desfavorable, pues se mantuvo todo el quinquenio con índices muy bajos, e incluso en 1987 y 1989 no reportó casos examinados. En este estudio no se encontró relación entre el sexo y los casos asistentes a la consulta de cirugía máxilo facial.

Según experiencias similares, nuestros resultados son inferiores a los obtenidos en Sri Lanka^(9,10). Estos desde el inicio comprobaron que uno de los mayores problemas era persuadir a los pacientes que se les había detectado alguna lesión, a que acudieran para el re-examen por profesionales especializados, por lo que establecieron un sistema de citaciones a los que no se presentaban espontáneamente para el examen confirmatorio. Se remitieron 1.220 pacientes, de los cuales acudió voluntariamente el 31,4%, el 7,4% asistió después de recibir citaciones y el 11,5% fue re-examinado durante visitas de terreno para el rescate. En total se re-examinó el 50,3% de los pacientes.

Discusión

El índice de asistencia encontrado indica que existen fallas en este aspecto, a pesar de que el PDCB

contempla dentro de los procedimientos las actividades requeridas para el rescate de los casos, evidentemente éstas no se cumplen. Esto puede estar influido por un control no adecuado de los mismos y la no participación del estomatólogo y el médico de familia en la localización y envío para examen de los inasistentes, dejando a la voluntad de los pacientes su asistencia a la consulta especializada. No podemos obviar las dificultades que puedan presentarse para el rescate de inasistentes en un Programa Nacional, que pesquiza como promedio dos millones de personas en un año.

En este sentido resulta necesaria la labor educativa y preventiva que debe desempeñar el médico de familia, el estomatólogo vinculado a la comunidad en localidades donde este exista, así como el resto de los integrantes del equipo de salud de atención primaria en la comunidad.

El análisis de los resultados obtenidos en este estudio permite extraer las siguientes conclusiones: — Una proporción considerable de los pacientes remitidos no concurren al especialista de cirugía máxilo facial para su seguimiento y tratamiento. Sólo las provincias de Villa Clara, Granma y Ciego de Avila presentan resultados aceptables o buenos que tienden hacia el incremento. Esto está íntimamente relacionado al no cumplimiento de las actividades de rescate por el estomatólogo y el médico de familia.

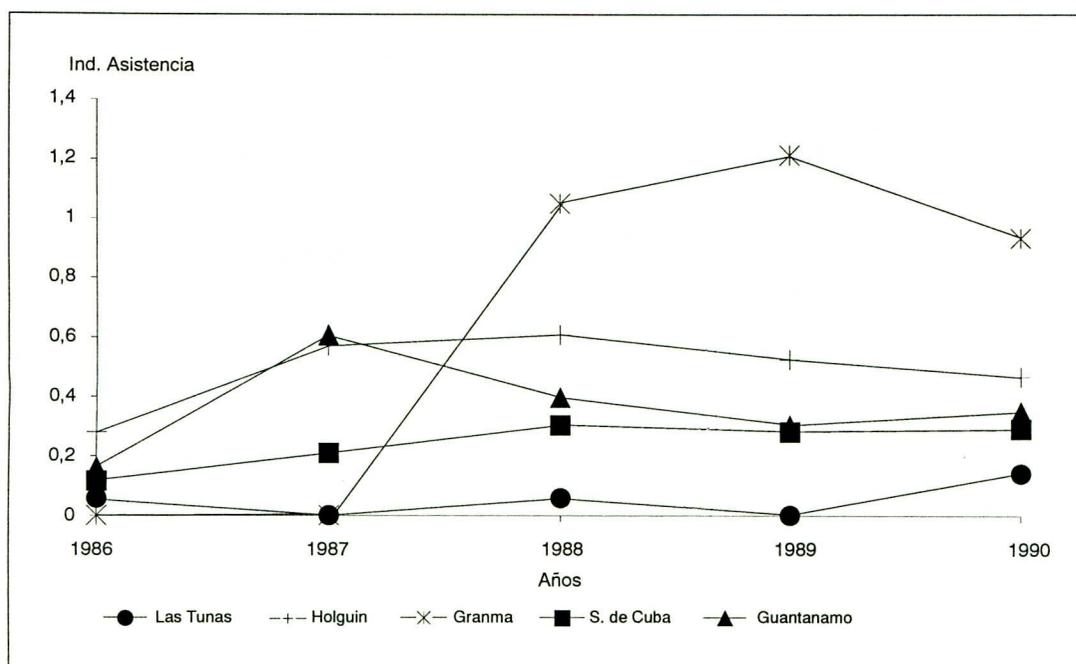


Figura 4 – Comportamiento del Índice de Asistencia. Región Oriental. 1986-1990.
Fuente: Dirección Nacional de Estadística.

— La situación en Ciudad Habana es preocupante, ya que en ella se encuentra la quinta parte de la población del país.

Según los resultados presentados recomendamos:

- Cumplimentar las actividades de rescate establecidas en el programa, mediante trabajo conjunto entre el estomatólogo, el médico de familia y las organizaciones de masas.
- Enfatizar en el desarrollo y fomento de una educación sanitaria y relación médico paciente adecuada.
- Insistir en el control sistemático y análisis del indicador de asistencia para la evaluación del programa.

Summary

A descriptive epidemiologic study was performed to measure the ratio of attendance of patients remitted by the dentists to the maxillo surgeons and those who were really seen by the surgeons. Data from the National Program to Early Diagnosis of Oral Cancer were studied by provinces in the time-period from 1986 to 1990. A considerable proportion of the remitted patients (71.6%) did not attend to the specialist to receive treatment and follow-up. Only the provinces Villa Clara, Granma and Ciego de Avila showed increasing trends. These features indicate falls in the rescuing of cases. The complimentation of the established procedures in the Program and additional educative activities,

which conjugate the efforts of dentists, family-doctors and social organizations, are suggested.

Uniterms: Oral cancer, screening, cancer program evaluation, early diagnosis

Referencias Bibliograficas

1. MARINELLO, V.Z. – *Nociones y reflexiones sobre el cáncer*. 1983. Ciudad de La Habana. Editorial Científico-Técnica, 1983.
2. OPS. Cáncer y estilo de vida. Temas de actualidad. *Bol of Sanit Panam*, 105 (2): 201-203, 1988.
3. RNC. Registro Computarizado de Defunciones e Incidencia. 1982-1988. INOR.
4. MINSAP. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1986.
5. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Detección Precoz del Cáncer. Serie de Informes Técnicos N° 422. Ginebra, 1969.
6. SPIEGHT, P.M., ZAKREZEWSKA J., DOWNER, M.C. – Screening for oral cancer and precancer. *Oral Oncol Eur J Cancer*, 28B(1): 45-48, 1992.
7. MINSAP. Balance anual. Años 1986 al 1990.
8. NIETO LLUIS, M., SANTANA GARAY, J.C. – Algunos aspectos relacionados con la calidad del Sistema Estadístico del Programa de Detección del Cáncer Bucal en 1986. *Información Estadística*, 4 (Junio). (Folleto), 1987.
9. WARNAKULASURIYA, K.A.A.S., EKANAYAKE, A.N.I., SIVAYOHAM, S. et al. – Puede el agente de atención primaria de salud encargarse del examen colectivo para la detección del cáncer de la boca. *Foro Mundial de la Salud*, 4(3): 234-237, 1983.
10. WARNAKULASURIYA, K.A.S.S., EKANAYAKE, A.N.I., SIVAYOHAM, S. et al – Utilization of primary health care workers for early detection of oral cancer and precancer cases in Sri Lanka. *Bull WHO* 62(2): 243-250, 1984.