

Título: Guía de buenas prácticas sobre la prevención del cáncer bucal a médicos de familia. Guantánamo.

Autores: Dra. Mercedes Suárez Rousseaux, MSc. Nuria Pérez Delgado, MSc. Carlos Alberto Díaz Pérez.

Centros de procedencia: Clínica Estomatológica Docente “Julio A Mella”; Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo y Hospital Pediátrico Pedro Agustín Pérez. Guantánamo. Cuba.

Palabras clave: cáncer bucal, prevención, equipo básico de salud

PREMIO DE LA INSTANCIA PROVINCIAL DEL CONCURSO PREMIO ANUAL DE LA SALUD 2012

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de diseñar una guía de buenas prácticas para contribuir a perfeccionar la actuación del médico de familia del Policlínico “Emilio Daudinot Bueno” del municipio Guantánamo en la prevención del cáncer bucal desde agosto del 2010 a septiembre del 2011; cuyo universo estuvo constituido por 11 médicos de familia que cumplían con los criterios de inclusión del estudio. Mediante las técnicas de observación, entrevistas se caracterizó la actuación en el Programa de detección del cáncer bucal (PDCB). Los resultados muestran que hay un predominio de los que tienen 9 o más años de graduado y de Especialista en Medicina General Integral, evaluándose una insuficiente actuación lo que confirmó la pertinencia de esta investigación y el diseño de una guía de buenas prácticas clínicas en la que se brindan referentes teóricos-metodológicos, relacionados con la orientación hacia la prevención y detección precoz del cáncer bucal; la misma fue validada según el método criterio de usuarios en su totalidad en la categoría de “muy de acuerdo”.

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye un verdadero problema de salud, por sus altos índices de morbilidad, su tendencia creciente en las tasas de incidencia de mortalidad, por ser la segunda causa de mortalidad general y primera de años potenciales de vidas perdidas, siendo la causa de mayor impacto en la esperanza de vida al nacer.

El aumento de la expectativa de vida de la población implica una mayor incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles propias de la vejez, y con ello asciende la necesidad del diagnóstico temprano del cáncer lo cual produce una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad e incrementa la curación y supervivencia. Cuba ha buscado sistemáticamente una respuesta a este problema de salud.^(1, 2,3) El cáncer aparece en diferentes regiones del

cuerpo, entre estas se encuentra la cavidad bucal, que por su ubicación se expone frecuentemente a la acción de los agentes físicos, químicos y biológicos, que pueden provocar diferentes tipos de lesiones premalignas en la mucosa de la misma.

El cáncer bucal tiene como característica fundamental el de la diseminación a las cadenas linfáticas regionales del cuello y es el más visible y el que más mutila desde el punto de vista estético y funcional al paciente, ya que el tratamiento oncoespecífico se basa en la cirugía y la radioterapia, así como en casos específicos que con el uso de la quimioterapia el paciente pierde motilidades importantes que le producen dificultades para tragar, ver, oler y oír; además de las reacciones secundarias de los citostáticos. Todo esto altera la fisonomía del individuo y producen efectos psicológicos negativos ^(4, 5,6).

El cáncer bucal es la sexta causa más frecuente de incidencia de cáncer para todos los grupos de edad a nivel mundial; variando su incidencia anual de 2 a 4 casos por 100 000 habitantes en los países industrializados y en ciertas poblaciones de Asia a 25 casos también por 100 000 habitantes.

Su prevalencia tiene rangos muy amplios en las distintas poblaciones particularmente en regiones donde practican el uso del tabaco en múltiples formas (mascar y fumar) y el alcoholismo, constituyendo en esos países la segunda forma de cáncer más frecuente.

Es más frecuente en hombres, se incrementa linealmente a partir de los 40 años de edad y presenta amplias variaciones geográficas y temporales. En raras ocasiones se desarrolla y se hace presente en la población juvenil. Su etiología es multifactorial, ya que se encuentra asociada tanto a factores intrínsecos como extrínsecos. Entre estos, el tabaquismo es considerado el principal agente cancerígeno y combinado con el consumo de alcohol, el riesgo de desarrollo y progresión de este tipo de lesiones aumenta.

La localización más frecuente es lengua preferiblemente en la región posterior de esta y labio teniendo labio las más alta tasa de supervivencia y lengua la más baja, y más de 500 000 casos anuales se diagnostican en todo el mundo. En Cuba, según datos del Registro Nacional de Cáncer (RNC), el cáncer bucal se ha encontrado entre las diez primeras causas de incidencia de cáncer en los hombres durante años, específicamente en los años 2003 al 2005 se mantuvo en el sexto lugar entre todas las localizaciones del sexo masculino alrededor del 4% de todas las reportadas en este caso. En los últimos 10 años la tasa de incidencia se encuentra entre 7.8 y 11.3 por cada 100 000 hombres y entre 2.9 y 4.7 por cada 100 000 mujeres. Hay una razón de 3 hombres por mujer y la tasa de mortalidad oscila en 9.3 en hombres y 2,5 por cada 100 000 mujeres. La tasa de supervivencia observada en 5 años se estima alrededor de 41,6%. ^(7, 8, 9, 10,11)

En la provincia Guantánamo, según datos de estadística provincial al analizar la morbilidad por cáncer bucal según sexo y grupo de edad, hasta agosto del 2011 tenemos 22 pacientes del sexo masculino y 13 del sexo femenino para un

total de 35 casos positivos de cáncer bucal y predomina el rango de edades de 60 a 79 años con un total de 17 casos y en cuanto a la mortalidad fallecieron 13 hombres y 3 mujeres, para un total de 16 fallecidos, prevaleciendo el rango de edades de 65-79 años con un total de 8 y según su localización en base de lengua con 7 casos⁽¹²⁾

En enero de 1986 se oficializa mediante Resolución Ministerial, dentro del Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral y respaldado por el Ministerio de Salud Pública, el Programa de detección del cáncer bucal (PDCB), este programa se incorpora al médico de la familia a finales de la década de los 80 y se amplía, planteándose como una más de sus funciones y actividades, la realización del examen de la boca como parte del examen físico general a toda la población que acuda a su consultorio, incluido el chequeo integral a la familia cubana y remitir al estomatólogo vinculado al equipo básico de salud, todo paciente que se le detecte una afección y verificar su asistencia; al recoger la hoja de cargo de consulta y en la historia clínica ambulatoria colaborar activamente en la localización de los pacientes inasistentes a la consulta de Cirugía Maxilo-Facial y en la participación en la discusión de fallecidos por cáncer bucal, logrando llevar el programa no sólo a las clínicas estomatológicas y hospitales, sino también a los consultorios del médico de la familia y a la comunidad en general. ⁽⁸⁾

La disminución de la morbilidad y mortalidad por cáncer bucal constituye un reto para cualquier sistema de salud lo que requiere de la intervención de todos los trabajadores de la Atención Primaria y desde estos preceptos se pretende mantener adiestrado a los médicos de familia sobre la prevención del cáncer bucal.

MÉTODOS.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de diseñar una guía de buenas prácticas para contribuir a perfeccionar la actuación del médico de familia del Policlínico “Emilio Daudinot Bueno” del municipio Guantánamo en la prevención del cáncer bucal desde agosto del 2010 a septiembre del 2011.

El universo de estudio estuvo constituido por 11 médicos de familia que cumplían con los criterios de inclusión del estudio.

Criterios de inclusión: Médico de familia que se encuentran trabajando directamente en un consultorio médico del Policlínico donde se realiza la investigación, que tengan más de tres años de graduados, que tengan dispensarizados el 100% de su población y aceptan participar en el estudio a partir del consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Médico de familia que no aceptan participar en el estudio.

Criterios de salidas: Médico de familia que decida abandonar la investigación en cualquier momento, sin consecuencia alguna.

Las variables empleadas son operacionalizadas a continuación: años de graduados, variable cuantitativa Continua que se clasificó en grupos de 0-5, 6-10, 11 y más según años de graduados.

Nivel de especialización: variable cualitativa nominal Politómica que se clasificó en Médico General Básico, Residente de MGI y Especialista de MGI según nivel de especialización alcanzado en el momento de la investigación.

Actuación en la implementación del P.D.C.B. Variable cualitativa Nominal Dicotómica que se clasificó en Suficiente Insuficiente según desempeño del médico de familia en la implementación del P.D.C.B

Criterio de usuarios: Variable cualitativa nominal Politómica que se clasificó según escala valorativa de Likert. Muy en desacuerdo En desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo De acuerdo Muy de acuerdo

Muy de acuerdo

Previa aprobación del consejo de dirección del Policlínico “Emilio Daudinot” (anexo 1) y con el consentimiento informado de la población objeto de estudio (anexo 2) se procedió a la aplicación de los instrumentos científico–investigativos confeccionado por la autora (Anexos 3, 4, y 5).para recoger de manera organizada la información relacionada con la investigación.

Esta investigación se lleva a cabo teniendo en cuenta las consideraciones con la ética de las investigaciones en seres humanos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la tabla 1 se muestra la distribución de frecuencia de los médicos de familia según los años de graduados, se observa que hay un predominio de los que tienen 9 o más años de graduados con un 45%. Tiene correspondencia con lo planteado por el Comandante en Jefe “Fidel Castro Ruz” en la década de los 80, con respecto al desarrollo del programa de Atención Integral a la familia y el modelo del Estomatólogo General Integral, para contribuir a dar una mejor atención médica a la población en la comunidad con un servicio de excelencia.^(13,14,15,16)

En la tabla 2 se muestra la distribución de frecuencia de los médicos de familia según el nivel de especialización, se encontró un predominio de especialista en Medicina General Integral para un 89,6%. Esto se corresponde con que los Médicos que laboran diariamente en los consultorios deben ser lo de mayor preparación según las nuevas transformaciones del sistema de salud cubano y la actualización del Programa de Medicina Familiar y el modelo del perfil del profesional.⁽¹⁷⁾

Estos resultados también son avalados por lo planteado en la carpeta metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar ⁽¹⁸⁾, en la que esboza la formación de más de 21000 especialistas de MGI con elevada

calidad científico técnica y profesional, manifestado este nivel de competencia en importantes tareas del ámbito nacional e internacional.

La actuación del médico de familia en la implementación del PDCB se refleja en la tabla 3. Es preocupante ver con respecto a la implementación del PDCB como una de sus funciones, 10 (91%) no implementan el PDCB como una de sus funciones, sólo 1 (9%) posee elementos aislados relacionados acerca de la existencia del PDCB y de su implementación pero que en realidad no lo aplica como está establecido porque no lo ve como algo prioritario dentro de su perfil como el PAMI, lactancia materna, dengue, cáncer cervico uterino. etc., más bien lo ve como prioridad del estomatólogo.

Consecuentemente a la interrogante: ¿Qué actividades usted realiza que le proporciona un escenario ideal en la implementación de PDCB en el individuo, la familia y la comunidad? 9 (82%) respondieron no realizar ninguna actividad de prevención del cáncer bucal refiriendo que generalmente el paciente cuando se siente algo en la boca va directamente al estomatólogo, 2 de ellos (18%) fundamentaron con algunos elementos, pero aislados, como por ejemplo, indicar a la población asistir una vez al año a la consulta de estomatología, realizar charlas educativas sobre la higiene bucal y en grupos de fumadores, no solo hacia el cáncer del pulmón, sino también al cáncer bucal.

Al preguntarle sobre cuáles son los recursos que desde el punto de vista teórico poseen para la implementación del PDCB 9 (82%) respondieron que no existe, sólo lo recibido en el internado cuando hacen referencia al cáncer bucal. Solo 2 de ellos (18%) respondieron que la autopreparación, libros de texto de Medicina General Integral (MGI), revisiones bibliográficas.

Al preguntarle sobre qué criterios tienen para su correcta implementación, todos (100%) coinciden plenamente en que sería muy útil poder conocer todo lo que está escrito al respecto y que sería muy productivo sensibilizar a todos los factores a través de superación profesional, porque en verdad no sienten sentido de pertenencia o sensibilidad por el programa.

Toda la información obtenida en la entrevista aplicada, se corrobora en la observación realizada por la autora tabla 4 donde de alguna manera se observaron diferentes actividades que estaban relacionados con el proceso de detección del cáncer bucal y por una encuesta aplicada (Anexo 5) a 11 pacientes pertenecientes a esta área de salud. Los cuales fueron escogidos al azar por consentimiento informado. (Anexo 2) observándose que 9 (81,8%) de los médicos de familia no realizan sus actividades de prevención con enfoque de riesgo al cáncer bucal, que 8 (72,7%) realizan el examen del complejo bucal como parte del examen físico regional a más de la mitad de la población que asiste al consultorio, pero no con el fin de detectar tempranamente, signos de alarma de cáncer bucal, que 9 (81,8%) no remiten al estomatólogo vinculado al equipo básico de salud, todo paciente que se le detecte una afección, ni verifica su asistencia y que 9 (81,8%) no tienen relaciones interpersonales con otras personas dentro y fuera del consultorio en función de criterios relacionados con algunos aspectos sociales y psicológicos del cáncer bucal.

Resultados de la encuesta a pacientes (Tabla 5) el 100% respondieron que el médico de familia nunca le había realizado el examen bucal y que en cuanto a la educación sobre el tema tienen alguna información pero no recibida directamente por el médico de la familia.

Evaluándose una insuficiente actuación (Tabla 6) lo que confirmó la pertinencia de esta investigación y el diseño de una guía de buenas prácticas clínicas. El presente documento se convierte en una herramienta más, para perfeccionar la actuación del médico de la familia en el programa nacional de detección precoz del cáncer bucal; que permitirá que los mismos, se apoderen de las habilidades para su implementación lo que contribuirá al mejoramiento de la salud bucal del individuo la familia y la comunidad. La misma ofrece fundamentos metodológicos como definiciones, patogenia, epidemiología y enfoque epidemiológico del cáncer bucal, la metodología para el correcto examen del complejo bucal, las actividades y funciones del médico de la familia dentro del programa de detección precoz del cáncer bucal así como recomendaciones en caso de detectarse alguna alteración, que sustentan la necesidad de mejorar la calidad de los servicios en el ámbito de atención primaria y de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer bucal, y así contribuir, a largo plazo, a la disminución de los costos por hospitalización, tratamiento, rehabilitación, subsidios, y años de vida perdidos.

La misma fue validada según el método criterio de usuarios en su totalidad en la categoría de "muy de acuerdo" (tabla 7)

CONCLUSIONES

Según las variables demográficas de interés en los Médicos de familia predominó los que tenían 9 o más años de graduado y los Especialista en Medicina General Integral.

El diagnóstico inicial permitió demostrar una insuficiente actuación del médico de la familia en el PDCB confirmando la pertinencia de esta investigación, y el diseño de una guía de buenas prácticas clínicas en la que se brindan referentes teóricos-metodológicos, relacionados con la orientación hacia la prevención y detección precoz del cáncer bucal; la misma fue validada según el método criterio de usuarios en su totalidad en la categoría de "muy de acuerdo".

Los resultados científico-investigativos confirman la factibilidad de la misma.

RECOMENDACIONES

Aportar los resultados de esta investigación a los directivos del Policlínico "Emilio Daudinot Bueno" con el objetivo de orientar a los médicos de familia que en coordinación con el estomatólogo de su área de salud enfatizen en el cumplimiento de las acciones dentro del programa de PDCB, para el beneficio de la salud bucal; lo que repercuta en beneficio de la salud general, e instamos al grupo básico de trabajo a que supervise y controle esta actividad.

Examinar las posibilidades de generalizar esta guía de buenas prácticas clínicas a todos los profesionales del equipo básico de salud, pues así se

desarrollará una mejor estrategia de promoción y prevención destinada al individuo, la familia y la comunidad, perfeccionándose la calidad de los servicios en el ámbito de atención primaria, disminuyendo las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer bucal, lo que contribuirá, a largo plazo, a la disminución de los costos por hospitalización, tratamiento, rehabilitación, subsidios, y años de vida perdidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006
2. Cancer Research UK. British Journal of Cancer. 2009; 101: S73 – S79.
3. García Heredia GL, Miranda Tarragó JD. Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal. Rev Cubana de Estomatol. 2009; 46(4): 79-90.
4. Cuba. Resolución Ministerial No 49. Gaceta oficial de la República de Cuba. Pub. Ordinaria 5 de julio de 2006. Salud Publica. 688-90. (Feb 14, 2006).
5. Leite IC, Roijarha S. Surgicalanalgesis INA simple oral cáncer patienta at a referente hospitalin Rio de Janeiro. Brazil Oral bucal. 2008; 34 (5):347-52.
6. Colectivo de Autores. Afecciones clínico quirúrgico buco facial (Cáncer bucal). En: Guías Prácticas de Estomatología. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2003. p.472-481.
7. Santana JC. Prevención y diagnóstico del cáncer bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
8. Cuba. MINSAP. Programa nacional de atención estomatológica integral a la población. En: Manual de organización y procedimientos para el control del cáncer bucal. La Habana : Editorial de Ciencias Médicas; 2011. p. 324-333
9. Muwonge R, Ramadas K, Sankila R, Thara S, Thomas G, Vinoda J, et al. Role of tobacco smoking, chewing and alcohol drinking in the risk of oral cancer in Trivandrum, India: a nested case-control design using incident cancer cases. Oral Oncol. 2008;44(5):446-54.
10. Jack H, Lee K, Polonowita A. Dilemmas in managing oral dysplasia: a case report and literature review. N Z Med J. 2009; 122(1291):89-98
11. Morales Navarro Rodríguez LL, García Jordán M. Importancia del Programa de Detección Temprana del cáncer bucal en Cuba. Rev haban cienc méd. oct.-nov. 2009; 8(4).
12. Departamento de estadística. Morbilidad y Mortalidad de Cáncer bucal. Guantánamo: Sectorial Provincial de Salud Pública; 2011.
13. Roses P. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de Organización Panamericana de la salud para el siglo XXI. Rev Panam Salud Pública. 2007
14. Hermida Rojas M, Santana Garay JC, Hernández Díaz MJ, Rodríguez Moreno E, Borroto Alcorta DC, Gutiérrez García EM. El estilo de vida en pacientes con cáncer bucal. Rev MEDICIEGO[Internet]. 2005[citado 08 Septiembre 2007]; 11(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://www.cav.sld.cu/centro/Revista/vol11suup2/T14.htm>

15. Bhurgri Y, Bhurgri A, Usman A, Pervez S, Kayani N, Bashir I, et al. Epidemiological review of head and neck cancers in Karachi. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2006; 7(2):195-200.

16. Grandi G, Cañado RP, SantiAna Filho M. Estudo epidemiológico dos diagnósticos histopatológicos das neoplasias da cavidade bucal e anexos. *Rev Bras Odontol.* 2005; 62(1/2): 20-4.

17. UK: Working group on Screening for oral Cancer an Precancer. *Br Med J.* 1991; 303:1552

18. Gaviria LA, Monsalve BM, Monsalve PA, Peláez MC. Caracterización del cáncer oral en 127 muestras tomadas en laboratorios de la ciudad de Medellín de 1999 al 2003. *CES Odontol.* 2006; 19(1):39-49.

Anexos.

Tabla 1: Distribución de los médicos de familia según años de graduados. Agosto del 2010 a septiembre del 2011.

Años de graduado	No	%
3-5	2	18
6-8	4	36
9 y más	5	46
Total	11	100

Fuente: Entrevista

Tabla 2: Distribución de los médicos de familia según nivel de especialización.

Nivel de especialización	No	%
Residente de MGI	4	36
Especialista de MGI	7	64
Total	11	100

Tabla 3: Actuación del médico de familia en la implementación del PDCB.

Actuación	No	%
¿Cómo médico de familia usted implementa del PDCB como una de sus funciones?	10	91
¿Qué actividades usted realiza que le proporcionan un escenario ideal en la prevención y detección precoz del cáncer bucal en el individuo, la familia y en la comunidad?	9	82
¿Cuáles son los recursos que desde el punto de vista teórico poseen para la implementación del PDCB?	9	82
¿Qué criterios tienen para su correcta implementación?	11	100

Tabla 4: Guía de observación.

Actividades observada	No	%
Actividades diarias de prevención para la identificar, controlar o eliminar los factores de riesgo asociados principalmente al desarrollo del cáncer bucal.	9	82
Examen del complejo bucal como parte del examen físico general a toda la población que acuda al consultorio, para detectar tempranamente síntomas y signos de alarma de cáncer bucal.	8	72.7
Remisión al estomatólogo vinculado al equipo básico de salud de los pacientes a los que se les detecte un signo de alarma de cáncer bucal y verifica su asistencia.	9	82
Relaciones interpersonales con otras personas dentro y fuera del consultorio en función de criterios relacionados con algunos aspectos sociales y psicológicos del cáncer bucal	9	82

Tabla 5: Resultados de la encuesta aplicada a pacientes.

Encuesta	Pacientes			
	SÍ		NO	
	No	%	No	%
El examen de la cavidad bucal se debe realizar por lo menos una vez al año. Diga si el mismo alguna vez el médico de familia	0	0	11	100
El cáncer bucal puede ser curable a condición que se detecte tempranamente. Entre los factores de riesgo más frecuente en la aparición del cáncer bucal tenemos al tabaquismo, alcoholismo, prótesis dental desajustada, dientes filosos, mala higiene bucal y otros. Diga si el médico de familia en su labor de educación para la salud le ha enseñado sobre este tema.	0	0	11	100

Tabla 6: Calificación.

Calificación			
Suficientes		Insuficientes	
No	%	No	%
0	0	11	100

Tabla 7: Resultados del método de criterio de usuarios.

Dimensiones	Escala				
	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
Conveniencia de la guía de buenas práctica					11 (100%)
Implicaciones prácticas					11 (100%)
Utilidad científica					11 (100%)