

Evaluación del programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer bucal en siete años

Evaluation of the national program for the early diagnosis of oral cancer during seven years

**Dr. Ernesto López Cruz; Dra. Ana Marrero Fente; Dra. Silvia Castells Zayas Bazán
Alejandro Agüero Díaz**

Universidad Médica de Camagüey Carlos J. Finlay Facultad de Estomatología. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio estadístico descriptivo con los pacientes examinados y remitidos según el programa de diagnóstico precoz del cáncer bucal durante el período de 1994 al 2000 en la Clínica Estomatológica Docente Provincial Ismael Clark y Mascaró; con el objetivo de determinar la frecuencia de pacientes examinados y remitidos, categorizarlos y determinar el grado de concurrencia entre los diagnósticos presuntivos y definitivos, así como comprobar el grado de concurrencia al segundo nivel y si hubo seguimiento para esos pacientes. Se recibieron 143 pacientes, quedaron por criterios de exclusión 111. Se determinó que de manera general para los siete años objeto del estudio, el porcentaje de pacientes remitidos sobre los examinados se encuentra dentro del rango que plantea el programa nacional, el mayor número de pacientes remitidos se encontraba en el grupo etáreo de 60 y más años. El estudio reveló una prevalencia de los remitidos útiles y un 90.99 % de concurrencia al segundo nivel de atención. Se encontró predominio de las coincidencias diagnósticas con un 64.17 %, así como aquellos pacientes que fueron objeto de seguimiento para un 65.34 %

DeCS: NEOPLASMAS DE LA BOCA /diagnóstico.

ABSTRACT

A descriptive statistic study with patients examined and remitted according to the early diagnostic program for oral cancer during 1994 to 200 at " Ismael Clark and Mascaró" Odontology Clinic was carried out, with the aim of determining the frequency of patients examined and remitted, establishing categorization of remitted patients, determining the coincidence level between presumptive and definitive diagnostics, as well as proving the concurrence grade to the second level and if there was follow up for these patients. One hundred and forty-three patients were registered, 11 out of them had exclusion criteria. It was determined that in a general way for the seven days object of study, the percentage of patients remitted over the examined is in the range that the National program accepts, the higher of patients remitted was found in the age group of 60 years and over. The study revealed a prevalence of the useful remitted and 90.99 % of concurrence to the second level of attention. It was found prevalence of diagnostic coincidence with 64.17 % as well as those patients who were object of follow-up for 65.34 %

DeCS: MOUTH NEOPLASMS/ diagnostic.

INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos años el hombre viene combatiendo las enfermedades neoplásicas con cirugía, radiaciones y citostáticos, a esto se suma el diagnóstico precoz como un arma más que ha cobrado gran importancia en los últimos tiempos, ya que cada año enferman de cáncer nueve millones de personas en el mundo y mueren por su causa unos cinco millones.¹

Si la tendencia actual continúa, esta enfermedad será a comienzos del presente siglo XXI la primera causa de muerte.²

Las consecuencias económicas y sanitarias del cáncer lo convierten en un importante problema de salud para la humanidad.³

Con tales evidencias la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) recomienda desde 1985 elaborar Programas Nacionales de Control del Cáncer (PNCC) para organizar adecuadamente la lucha contra esta enfermedad.⁴

En Cuba el cáncer ha sido históricamente una de las primeras causas de muerte. En 1910 se situaba en el octavo lugar y desde 1958 se ubica permanentemente como segunda causa de muerte.⁵

Entre las principales causas de morbimortalidad del cáncer se encuentran localizaciones susceptibles a la prevención y el diagnóstico temprano, tales como el pulmón y la cavidad bucal en ambos sexos, mama y cuello de útero en las mujeres y próstata en el hombre.⁶

Esta situación justificó el inicio de las primeras acciones de control del cáncer, existen actualmente cinco programas de detección precoz: el cervicovaginal, mama, próstata oncopediatria y el de boca, este último constituye una de las diez primeras localizaciones de incidencia del cáncer en el mundo.⁷

Todo lo anterior justifica lo numeroso de las publicaciones sobre la prevalencia de estas lesiones, (Giroux C. Estudio del arte en el diagnóstico temprano y prevención del cáncer bucal. En: Tercer taller: Proyecto Norte-Sur en Educación Dental: Prevención; 1993 sep 20-23: San José , Costa Rica. Puerto Rico:1993) hablan sobre su alta incidencia en el mundo actual y la aparición de las lesiones se relacionan fuertemente con el nocivo hábito de fumar y otros hábitos deletéreos.⁸ Se hace énfasis hoy en día en la prevención y se proponen diversos esquemas de tratamiento.⁹

Especialmente el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal (PDCB) funciona desde 1986, pero el mismo venía formándose desde 1962 dando sus primeras informaciones estadísticas formales en el segundo semestre de 1983,¹ por su cobertura nacional es el único en el mundo.^{9,10}

En los momentos actuales a pesar de una evidente potencialidad del examen sistemático del complejo bucal para detectar cáncer en estadios tempranos el PDCB no ha tenido un impacto sustancial.¹² En nuestro país, numerosos son los trabajos que han abordado el comportamiento de PDCB en su vertiente clínica con especial énfasis en aspectos tales como: el diagnóstico y la prevalencia del nocivo hábito de fumar, pero no conocemos hasta el momento ningún estudio que enfoque el Programa PDCB haciendo un análisis del sistema que en sí conforma este programa, lo que nos motivó a la realización de este trabajo

para detectar posibles deficiencias y dirigir nuestros esfuerzos a mejorar la atención médica y así contribuir a disminuir la morbimortalidad por cáncer bucal en nuestra provincia, en concordancia con la primera línea priorizada de la Salud Pública Cubana para el año 2000: mejorar la calidad de vida del paciente.¹¹

De aquí el interés expresado en la confección de este trabajo con el objetivo de evaluar el comportamiento de los casos examinados y remitidos mediante el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal en la Clínica Estomatológica Docente Provincial durante el período de 1994 al 2000.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con el total de los pacientes examinados y remitidos según el PDCB en la clínica estomatológica provincial docente en el período de 1994 hasta el 2000. Se trabajó estadísticamente teniendo como fuente primaria la encuesta realizada a los pacientes por tres estomatólogos generales y como fuente secundaria los registros del departamento de estadística; se realizó trabajo en la comunidad a 143 pacientes, quedaron excluidos 32 por las siguientes causas:

Fallecimiento: 3 pacientes (en ninguno de los tres casos se comprobó que el mismo tuviese relación con el cáncer bucal.

Cambio de dirección: 27 pacientes

Salida del país: dos pacientes

De esta manera la muestra final quedó constituida por 111 pacientes a los cuales mediante el análisis estadístico y el trabajo en la comunidad se les llenó una encuesta con los siguientes datos:

1. Número consecutivo
2. Año de remisión
3. Nombre
4. Dirección
5. Edad
6. Sexo
7. Coincidencia entre el diagnóstico presuntivo y el definitivo
8. Concurrencia al segundo nivel de atención
9. Si el paciente luego de ser remitido y quizás tratado ha recibido algún tipo de seguimiento.

Durante el desarrollo de la investigación se han utilizado los términos paciente examinado y paciente remitido, remitido útil y remitido no útil de acuerdo con los criterios que expresa el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer bucal.

Los datos así obtenidos mediante trabajo de mesa y consultas de terreno fueron procesados estadísticamente por medio del programa SPSS para Windows en una computadora Pentium compatible IBM, se aplicó estadística descriptiva y distribuciones de frecuencia.

RESULTADOS

En los casos examinados y remitidos según año y grupos de edad, llama la atención las bajas cifras de pacientes examinados durante los años 1994 y 1995, cifra que se ha elevado paulatinamente hasta el año 2000. En nuestro estudio, los examinados predominaron en el grupo de edad de 15 a 34 años y los remitidos en el de 60 años y más, mientras que los porcentajes de remitidos con respecto a los examinados fluctuaron entre 0 y 10 % y el 7.17 %, para todos los años del estudio esta relación fue del 0,28 %. (tabla 1)

Tabla 1. Pacientes examinados y remitidos por año según grupos de edades

Años	Grupos de Edades (años)											
	15-34			35-59			60 y más			Total		
	E	R	%	E	R	%	E	R	%	E	R	%
1994	94	4	4,26	91	6	6,59	24	5	20,8	209	15	7.17
1995	82	2	2,44	63	-	-	26	3	11,5	171	5	2.92
1996	1292	5	0,34	106	15	1,4	175	6	3,42	2729	26	0.95
1997	2689	9	0,33	2106	10	0,47	759	12	1,58	5554	31	0,55
1998	6220	5	0,08	4496	12	0,27	1533	8	0,52	12249	25	0,20
1999	5670	6	0,10	4728	12	0,25	2306	6	0,26	12704	24	0,18
2000	6644	5	0,07	6314	9	0,14	313	3	0,09	16089	17	0,10
Total	2289	36	0,15	1886	64	0,33	795	4	0,54	4970	14	0,28

Fuente: Registro del departamento de estadística

Leyenda

E= examinados **R=** remitidos **%=** porcentaje de remitidos respecto a examinados.

De los 143 pacientes remitidos, significativamente predominaron los categorizados como útiles con el 46.85 %, le siguen los no útiles y los excluidos con el 30.77 % y 22.38 % respectivamente. (tabla2)

Tabla 2. Categoría de pacientes remitidos

Años	Remitidos útiles	%	Remitidos no útiles	%	Remitidos excluidos	%	Total	%
1994	6	40	2	13,33	7	46,66	15	10,48
1995	2	40			3	60	5	3,49
1996	10	38,4	6	23,0	10	38,46	26	18,18
1997	24	77,4	3	9,67	4	12,9	31	21,67
1998	13	52	4	16	8	32	25	17,48
1999	6	25	18	75	-		24	16,78
2000	6	35,2	11	64,7	-		17	11,88
Total	67	46,8	44	30,7	32	22,38	143	100

Fuente: registros del departamento de Estadísticas y Encuestas.

Al analizar la concurrencia de los pacientes al segundo nivel de atención los años 1995 y el año 2000 el 100 % de los pacientes acudió al segundo nivel de atención, mientras que los años restantes muestran porcentajes de concurrencia que fluctúan entre el 75 % y el 96.29 %. De manera general observamos que en los siete años objeto del estudio, 101 pacientes acudieron a la consulta del maxilofacial (90.99 %) y también observamos que 10 pacientes (9 %) no acudieron a este servicio después de haber sido remitidos. (tabla 3)

Tabla 3. Pacientes según concurrencia al segundo nivel de atención n=111

Años	Sí concurrieron	%	No concurrieron	%	Total	%
1994	6	75	2	25	8	7,2
1995	2	100	-	-	2	1.8
1996	12	75	4	25	16	14,41
1997	26	96,29	1	3.2	27	24,32
1998	15	88,23	2	11,76	17	15,31

1999	23	95,83	1	4,16	24	21,62
2000	17	100	-	-	17	15,31
Total	101	90,99	10	9	111	100

Fuente: Registros del departamento de Estadística y Encuestas

En cuanto a la coincidencia de los diagnósticos presuntivos y definitivos observamos que hubo coincidencia en el 64,17 % del total. (tabla 4)

Tabla 4. Coincidencias o no coincidencias entre el diagnóstico presuntivo y el definitivo. n=67

Años	Sí	%	No	%	Total	%
1994	3	50	3	50	6	8,95
1995	1	50	1	50	2	2,98
1996	6	60	4	40	10	14,92
1997	18	75	6	25	24	35,82
1998	11	84,61	2	15,38	13	19,4
1999	2	33,33	4	66,66	6	8,95
2000	2	33,33	4	66,66	6	8,95
Total	43	64,17	24	35,82	67	100

Fuente: Registros del departamento de Estadística y Encuestas

En 1995 se logró un 100 % de pacientes con seguimiento, de manera general para todos los años del estudio que el 65.34 % de los pacientes refirió haber sido objeto de algún tipo de seguimiento posteriormente a su remisión y tratamiento. Por otra parte, encontramos que 35 pacientes (34.65 %) no tuvieron seguimiento. (tabla 5)

Tabla 5. Pacientes según seguimiento de aquellos que concurren al segundo nivel de atención. n=101

Años	Con seguimiento	%	Sin seguimiento	%	Total	%
1994	4	66,66	2	33,33	6	5,94
1995	2	100	-	-	2	1,98
1996	10	83,33	2	16,66	12	11,88
1997	24	92,3	2	7,69	26	25,74

1998	13	86,66	2	13,33	15	14,85
1999	6	26,08	17	73,91	23	22,77
2000	7	41,17	10	58,82	17	16,83
Total	66	65,34	35	34,65	101	100

Fuente: Registros del Departamento de Estadística y Encuestas

DISCUSIÓN

Al analizar las bajas cifras de pacientes examinados durante los años 1994 y 1995 es obvio para los autores de este trabajo que estamos ante un caso de subregistro, fenómeno detectado por la dirección de la clínica a finales de 1996 como causante del incompresible bajo nivel de actividad que existía en los reportes estadísticos.

En cuanto al predominio en los pacientes examinados del grupo etáreo de 15 a 34 años y en los pacientes remitidos del grupo de 60 años y más, podemos decir que estos hallazgos, coinciden plenamente con los de *Santana y colaboradores*¹ quienes en un estudio con características nacionales durante los años 1983 a 1988 encuentran iguales resultados.

Similares son nuestros resultados a los reportados por Urbizo⁴ y Kovac-Kovacic (Queipo Caballero GA. Comportamiento del programa de detección precoz del cáncer bucal en la consulta de maxilofacial del Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech años 1997-98. [Trabajo para optar por el Título de especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial 1998])¹² y quienes reportan como grupo más afectado al de 60 años y más.

Sin embargo, difieren nuestros resultados de *Moreira*³ quien reporta un predominio en los examinados del grupo etáreo de 20 a 29 años de edad y del grupo de 30 a 39 años de edad en los remitidos.

Difieren también nuestros resultados de *Estrada*⁵ quien reporta predominio dentro de los remitidos del grupo de 40 a 42 años de edad, *Scala y colaboradores*¹³ y *Dombi y colaboradores*¹⁴ quienes reportan la mayor afectación en pacientes mayores de 40 años; de *Vacher y colaboradores*¹⁵ que reportan la mayor afectación en los pacientes de más de 40 años y de *Zain y colaboradores*¹⁷ quienes reportan una mayor afectación en pacientes mayores de 50 años.

La experiencia acumulada en Cuba¹ indica que el porcentaje de remitidos debe fluctuar entre 0.25 % y 0.30 % de los examinados, cifra que no se alcanza en todos los años del

estudio y que en realidad se hace crítica en los años 1998 con 0.20 %, 1999 con 0.18 % y el 2000 con 0.1 %, lo que nos hace pensar en un descenso de la acuciosidad del examen por parte de los estomatólogos. Sin embargo, para todos los años de estudio esta relación fue del 0.28 % la que está dentro del rango esperado que se menciona anteriormente.

Aunque casi la mitad de los remitidos fueron útiles persiste a nuestro juicio una cifra importante de pacientes cuyos modelos estadísticos por diversas razones no regresan y se extravían, indicador negativo, si evaluamos el programa en su vertiente estadística.

La concurrencia de los pacientes al segundo nivel de atención es una variable en poco reportada en la bibliografía consultada, no obstante, nuestro estudio encuentra un 90.99 % de concurrencia al segundo nivel, cifra mejorable sin lugar a dudas pero no crítica, Lence y colaboradores ¹⁷ reportan sólo un 30 % de concurrencia al segundo nivel de atención denotando una situación muy diferente a la encontrada en nuestro estudio

Al comparar nuestros porcentajes de coincidencia diagnóstica (64.17 %) con los reportado por otros autores observamos que en el contexto nacional *Santana Garay* ¹ ha encontrado altas frecuencias de coincidencias diagnósticas en una amplia gama de tipo de lesiones (77 %), no obstante, aunque no existen trabajos que muestren la efectividad del estomatólogo en el diagnóstico de las lesiones contentivas en el PDCB estos resultados evalúan directamente la atención primaria que es quien nutre a la consulta del PDCB creada en el Servicio de Cirugía Maxilofacial y aunque puedan existir diagnósticos erróneos que conduzcan a la poca selectividad de los casos remitidos queda como factor importante la pesquisa y la evaluación del paciente, primero por un estomatólogo y luego por un Maxilofacial.

Otro hecho importante es que no cabe duda alguna de que el estomatólogo cubano posee todos los elementos cognoscitivos y cuenta con todas la habilidades para ser la figura fundamental en un Programa Nacional de Detección de Cáncer Bucal.

Actualmente se plantea en la literatura médica ^{14,19} que la detección y el seguimiento de lesiones precancerosas y cancerosas de la mucosa bucal es una obligación del estomatólogo y que por lo tanto es oficialmente responsable de esta importante función dentro de la Salud Pública.

El Programa Nacional PDCB ¹³ plantea como actividades fundamentales:

1. Realizar seguimiento evolutivo a los casos detectados y tratados.
2. Brindar atención dispensarizada a los pacientes que ya han recibido tratamiento.
3. Mantener un control evolutivo en los casos tratados en cualquiera de sus etapas clínicas.

Sin embargo, el Programa no fija límites o períodos de seguimiento por lo cual muchas veces esta actividad se fija en el marco de decisiones realizadas internamente por la Clínica o el servicio de Cirugía.

De manera general el 65.34 % de los pacientes refirió haber sido objeto de algún tipo de seguimiento y utilizamos este término ya que son disímiles los esquemas de seguimiento referidos y estos no corresponden a ningún patrón establecido por el programa ya que en este aspecto es ambiguo.

Por otra parte encontramos un 34.65 % que refieren no haber sido objeto de ningún tipo de seguimiento y representan un indicador negativo en la ejecución del programa PDCB producto del no cumplimiento de tan importante tarea.

CONCLUSIONES

- 1- Se cumplió con el rango de pacientes remitidos estipulado por el programa en todos los años del estudio excepto en tres de ellos.
- 2- En todos los grupos etáreos hubo cifras significativas de pacientes examinados y remitidos. En los primeros predominó el grupo de 15 a 34 años de edad y en los segundos el de más de 60 años de edad.
- 3- El número de pacientes que acudieron a la consulta del segundo nivel fue elevado, lo que habla a favor de la buena orientación brindada a los pacientes.
- 4- Es insuficiente aún el número de pacientes remitidos útiles.
- 5- Aproximadamente en dos tercios de los pacientes hubo coincidencia entre el diagnóstico presuntivo y definitivo.
- 6- Resulta aún insuficiente el número de pacientes a los cuales se da seguimiento evolutivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Garay J, Delgado Méndez L, Miranda Tarragó J, Sánchez Tabrane. Programa Nacional de Detección del Cáncer Bucal. Resultados en 5 años de aplicación. Rev Cubana Estomatol 1991; 28(2): 83-92.
2. Santana Garay J, Miranda Tarragó J, Rodríguez Sánchez M. Importancia de un programa de detección precoz del cáncer de la boca. Rev Cubana Estomatol 1983; 20(2): 93-103.
3. Moreira Díaz E, Bernal Balaez A, Urbizo Vélez J, Molina Lisa J, Banoczy J. Leucoplaquia bucal. Estudio epidemiológico en pacientes que solicitan atención estomatológica. Rev Cubana Estomatol 1990; 27(1): 14-24.
4. Urbizo Vélez J, Moreira Díaz E, Delgado Fernández R, Rodríguez Sarabia E, Guaty Roca L, Delgado Borrell M, et al. Patología neoplásica de la cavidad bucal. Estudio de su frecuencia en el servicio de patología bucal de la Facultad de Estomatología. Rev Cubana Estomatol 1979;16(2): 105-11.
5. Estrada Sarmientos M. Estudio estadístico de las neoplasias de la cavidad bucal. Rev Cubana Estomatol 1993; 30(1): 57-66.
6. Rodríguez Calzadilla A, Delgado Méndez L. Vigilancia y evaluación de la salud bucal: método de observación y control. Rev Cubana Estomatol 1983; 20(2): 93-103.
7. González Borrell A, Nieto Lluís A, Gálves González A. Mortalidad por tumor maligno de la cavidad bucal y faringe en Cuba 1968-87. Rev Cubana Salud Pub 1990;16(2):151- 65.
8. Torres A. Oauto exame de la boca, como estrategia para prevenção e o diagnóstico precoce do cancer bucal. Rev Bras Cancerol 1996; 42(1):16-21.
9. Fernández Garrote L, Martio García A. Morbilidad y mortalidad por cáncer en Cuba. Rev Cubana Oncol 1990; 6(2): 294-300.
10. Donado Rodríguez M. Actitud del profesional de la salud bucodental ante el cáncer bucal. Rev Act Odontoestomatol Esp 1995; 55(445): 19-31.

11. Gay Escoda C. Lucha contra el cáncer bucal. Rev Act Odontoestomatol Esp 1995; 55 (440): 74 - 5.
12. Kovac-Kovacic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. J Oral Pathol Med 2000;29(7):331-5.
13. Scala M, Comandini D, Mereu P, Monteghirfo S, Nocentini L, Margarino G. Precancerous lesions of the oral cavity: review of the literature and an analysis of cases. Acta Otorhinolaryngol Ital 1998;18(1):7-10.
14. Dombi C, Voros-Balog T, Czegledy A, Hermann P, Vincze N, Banoczy J. Risk group assessment of oral precancer attached to X-ray lung-screening examinations. Dent Oral Epidemiol 2001;29(1):9-13
15. Vacher C, Legens M, Rueff B, Lezy JP. Screening of cancerous and precancerous lesions of the oral mucosa in an at-risk population. Rev Stomatol Chir Maxillofac 1999;100(4):180-3
16. Zain RB, Ikeda N, Gupta PC, Warnakulasuriya S, van Wyk CW, Shrestha P. Oral mucosal lesions associated with betel quid, areca nut and tobacco chewing habits: consensus from a workshop held in Kuala Lumpur, Malaysia. Oral Pathol Med 1999;28(1):1-4.
17. Lence Anta J, Rodríguez Salvá A, Santana Garay JC, Fernández Garrote L. Programa de diagnóstico precoz del cáncer bucal. Resultados y perspectivas. Rev Cubana Med Gen Integr 1994;10(3):230-4.
18. Hyde N, Hopper C. Oral cancer: the importance of early referral. Practitioner 1999; 243(1603):753.

Recibido: 14 de diciembre de 2002

Aprobado: 19 de octubre de 2003

Dr. Ernesto López Cruz Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor asistente. Departamento Estomatología Conservadora. Universidad Médica de Camagüey Carlos J. Finlay Facultad de Estomatología