

ARTÍCULOS ORIGINALES

Propuesta de intervención educativa sobre prevención del cáncer bucal en la población adulta

Proposal of an educative intervention about prevention of oral cancer in adult population

Dra. Madelín Miranda Naranjo; Dra. Leslie Jiménez Uley; Dra. Mireya Mejías Peralta

Clínica Estomatológica Ismael Clark y Macaró. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en los sistemas y servicios de salud, con el objetivo de influir en el nivel de información sobre prevención del cáncer bucal en la población adulta de los consultorios con perfil docente en la clínica estomatológica provincial Ismael Clark y Mascaró de Camagüey, desde diciembre de 2002 a noviembre de 2005. El universo estuvo constituido por 7252 mayores de 15 años y por muestra aleatoria estratificada de 183 pacientes. Se revisaron las historias clínicas individuales para obtener información sobre los factores de riesgo de cada paciente y se aplicó una entrevista confeccionada al efecto para diagnosticar el nivel de información sobre prevención del cáncer bucal y la percepción del riesgo a enfermar, donde se obtuvieron como resultados más relevantes, en orden decreciente, el consumo de tabaco, de alcohol, prótesis desajustadas, deficiente higiene bucal y obturaciones filosas. El nivel de información sobre prevención del cáncer bucal que predominó fue insatisfactorio en el 58,0 %, y el 73,2 % de la muestra no tuvo percepción del riesgo a enfermar, por tanto fue evidente la necesidad de elevar la promoción y educación para la salud en

nuestros consultorios. Por los resultados obtenidos se recomienda crear una estrategia educativa en siguientes estudios y evaluar los resultados obtenidos.

DeSC: ADULTO; CONOCIMIENTOS; ACTITUDES Y PRÁCTICA; NEOPLASIA DE LA BOCA.

ABSTRACT

A descriptive study in the systems and health services was performed with the objective to influence the information level about prevention of oral cancer in adult population of the doctors' offices of teaching profile at Ismael Clark y Mascaró Provincial Dental Clinic of Camagüey, from December 2002 to November 2005. The universe was constituted by 7252, older than 15 years and by stratified randomized sample of 183 patients. The individual clinical records to obtain information about risk factors of each patient were checked up, and also was applied an interview designed to this purpose, to diagnose the information level about oral cancer and the risk perception to fall sick, where, as relevant results were obtained, in decreasing order; alcohol and smoking intake, maladjusted prosthesis, inadequate oral hygiene and edged obturations. The level information about prevention of oral cancer that predominated was unsatisfactory in the 58, 0 % and the 73, 2 % of the sample did not have risk perception to fall ill, therefore it was evident the necessity to increase the promotion and education for health in our health offices. Through the obtained results is recommendable the application of an educative strategy in following studies and evaluate the obtained results.

DeSC: ADULT; KNOWLEDGE; ATITTUES AND PRACTICE; MOUTH NEOPLASMS.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un término que se aplica a más de 200 enfermedades susceptibles de afectar a cualquier parte del organismo, amenaza la supervivencia, está etiquetada socialmente, puede suponer mutilaciones, no sigue un patrón determinado, es de tratamiento aversivo particularmente la quimioterapia y la radioterapia, interrumpe la

vida cotidiana, y además, produce cambios en los hábitos del paciente y en su auto imagen. ¹

En el mundo la proyección anual de pacientes nuevos con cáncer de cabeza y de cuello es de aproximadamente 500 000, de ellos 263 000 corresponden al complejo bucal. Promedian una tasa bruta mundial de 9, 2 en el hombre y 3, 2 en la mujer por cada 100 000 habitantes, es más frecuente después de los 40 años incrementándose linealmente, presenta amplias variaciones geográficas, y el 90 % de los pacientes presentan tumores de células escamosas. El cáncer bucal representa del 2 al 5 % de todos los tumores malignos de la economía humana y el 50 % de los diagnosticados fallecen en los primeros cinco años. ²

En la actualidad mundial el cáncer bucal constituye un verdadero problema en la población adulta, debido a su importante repercusión sanitaria, social y económica, lo cual determina que su prevención constituya uno de los pilares primordiales del trabajo de los cirujanos y estomatólogos. Dada la frecuencia de esta enfermedad y a sus costos elevados de tratamientos, conjuntamente con la repercusión sanitaria y social, en el ámbito mundial se aboga por la prevención y el diagnóstico precoz de la misma puesto que está demostrado que la probabilidad de supervivencia puede aumentar hasta un 86 %. ^{3, 4}

En nuestro país el cáncer bucal está dentro de las primeras causas de muerte, con prevalencia en labios, cavidad bucal y faringe, esta enfermedad se encuentra entre las diez primeras localizaciones y representa el 4 % de todas las lesiones malignas diagnosticadas. ⁵ El cáncer bucal constituye un problema de salud no por su incidencia, sino por su mortalidad, y en una búsqueda por disminuir este porcentaje el Ministerio de Salud Pública se trazó como una de sus líneas fundamentales de trabajo, la introducción del programa de detección del cáncer bucal, el cual está puesto en función desde 1985, que luego devino en un subprograma de Estomatología General Integral en 1992, este programa rige toda las actividades de la especialidad y tiene como objetivo realizar anualmente el examen bucal a todos los mayores de 15 años que acudan de forma espontánea a nuestros servicios, para eliminar hábitos tóxicos e identificar cualquier lesión de la mucosa en estadio precoz y brindar su adecuado tratamiento, seguimiento y control según sea el caso específico. ⁶ Las causas de las lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal es multifactorial y dentro de estas se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales exógenos, importantes en la prevención de la enfermedad, también se pueden clasificar como de

riesgo biológico, donde se encuentra la herencia, maloclusiones, trastornos hormonales, infecciones por virus; riesgo ambientales como radiaciones ultravioletas, y exposición a sustancias carcinógenas, riesgo por hábitos como el tabaquismo y el alcoholismo, mal nutrición, deficiente higiene bucal asociada además a otros hábitos pocos saludables, otros riesgos como prótesis desajustadas, obturaciones filosas y lesiones premalignas. ⁷ Conocer los factores de riesgo permite actuar sobre la relación causa-efecto, así como seleccionar cuales pacientes tienen más probabilidades de desarrollar un tumor específico y actuar en una etapa temprana. La prevención de una enfermedad al eliminar el factor causal, representa el mayor éxito en el campo de la salud, sin embargo, cuando prevenirla no es posible, mecanismos para detectarla en forma temprana puede mejorar la morbilidad y mortalidad que conlleva el tratamiento de una enfermedad avanzada, cuando se logra eliminar el agente causal se realiza prevención y cuando se diagnostica en la población asintomática se está haciendo pesquisa, aún en los pacientes sintomáticos se puede encontrar en una etapa temprana, donde se logra un diagnóstico precoz. ⁸ En nuestro país las actividades de prevención primaria o profilaxis están encaminadas a la promoción de educación sanitaria para controlar y reducir hábitos deletéreos, y se utiliza como prevención secundaria o detección precoz la orientación a la población de la práctica del auto examen bucal y el pesquisaje a todos los mayores de 15 años, esta estrategia parece ser útil en individuos incapaces de percibir el daño que le pueden producir los factores de riesgo del cáncer bucal, con mal pronóstico en aquellos pacientes que no tengan una adecuada información acerca de la prevención de cáncer bucal. ⁹ El objetivo de nuestro trabajo es determinar el nivel de información sobre el cáncer bucal que tiene la población adulta en nuestra comunidad, lo que facilitará brindar una atención médica adecuada y contribuir a la prevención del mismo en nuestro país. Se caracterizó para ello la muestra según sexo, edad y grado de escolaridad, se identificaron los factores de riesgo del cáncer bucal presentes en la población y el grado de percepción de riesgo en la población susceptible al padecer esta enfermedad.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo en los sistemas y servicios de salud, con el objetivo de realizar una propuesta de intervención educativa para influir en el nivel de información sobre prevención del cáncer bucal en la población adulta de los

consultorios con perfil docente en la clínica estomatológica provincial Ismael Clark y Mascaró de Camagüey, desde diciembre de 2002 a noviembre de 2005.

Se seleccionaron para la investigación 15 consultorios. El universo estuvo constituido por 7252 mayores de 15 años. Se incluyeron en la investigación a los pacientes que se residían físicamente en el área de salud, sin enfermedades psiquiátricas ni mentales, y que aceptaron participar voluntariamente en la misma. Se seleccionó una muestra aleatoria estratificada de 183 pacientes, se escogieron en número de 12 en 14 de los consultorios y 15 pacientes en el consultorio 38-p. Se realizó una entrevista a los pacientes seleccionados, se revisaron las historias clínicas individuales, las cuales fueron la fuente de información. Para determinar el nivel de información de la población, se elaboraron 14 preguntas a partir del criterio de expertos en la materia y validada en el consultorio 49-p. Se estudiaron las variables demográficas (edad, sexo y grado de escolaridad), y las variables específicas de la investigación (factores de riesgo, signos y síntomas, auto examen bucal, conducta ante la alarma de cáncer bucal, información sobre el programa de detección de cáncer bucal y percepción del riesgo de enfermar).¹⁰

Con vistas a determinar las necesidades sentidas de la población se realizó una técnica de grupo focal. Una vez identificados los problemas de salud bucal se realizó un grupo nominal con integrantes de cada consultorio, y mediante el método de ranqueo se establecieron las prioridades de los problemas.¹¹ Para la elaboración de la intervención educativa se realizó una matriz DAFO con vialidad a dichos problemas. La propuesta se diseñó según la metodología del programa de atención estomatológica integral a la población, y se apoyó en técnicas participativas y educativas, y por la maestría nacional de pedagogos de educación para la salud.¹² Se recolectó la información en una planilla de datos confeccionada al efecto con criterios computarizados para su procesamiento.

RESULTADOS

Predominó el grupo etáreo de 60 y más años (41, 5 %). El sexo femenino tuvo mayor representación que el masculino con un 60 ,7 %, lo cual se relacionó con las características demográficas de la población del área. Tabla 1.

Tabla 1. Caracterización de la muestra según edad y sexo

Edades	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 - 18	12	10,8	5	6,9	17	9,3
19 - 34	26	23,4	17	23,6	43	23,5
35 - 59	29	26,1	18	25	47	25,732
60 y más	44	39,6	32	44,4	76	41,05
Total	111	60,7	72	39,3	183	100

Fuente: Encuesta

Los factores de riesgo que prevalecieron fueron el consumo de tabaco 20, 6 %, consumo de alcohol 19, 4 %, prótesis desajustadas 19 %, deficiente higiene bucal 17 % y obturaciones filosas 13, 8 %; la exposición a sustancias carcinógenas y la mal nutrición no estuvieron presentes en el estudio. Tabla 2.

Tabla 2. Prevalencia de los factores de riesgo de cáncer bucal

Factores de riesgo	No.	%
Consumo de tabaco	51	20,6
Consumo de alcohol	48	19,4
Prótesis desajustadas	47	19
Deficiente higiene bucal	42	17
Obturaciones filosas	34	13,8
Maloclusiones	8	3,2
Trastornos hormonales	6	2,4
Lesiones pre malignas	4	1,6
Infecciones por virus	3	1,2
Herencia de lesiones de cáncer bucal	2	0,8
Exposición a radiaciones ultravioletas	2	0,8
Exposición a sustancias carcinógenas	0	0
Malnutrición	0	0

Fuente: Encuesta

El nivel de información que predominó fue el insatisfactorio con el 58 %, de ellos el 97 % tuvo un bajo nivel de escolaridad, el satisfactorio alcanzó 42 %, de los cuales el 82 % tenían alto nivel de escolaridad. Tabla 3.

Tabla 3. Nivel de información de los pacientes distribuidos por su nivel de escolaridad

Nivel de información						
Nivel de escolaridad	Satisfactorio		Insatisfactorio		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Bajo	2	2,9	66	97	68	37,1
Medio	43	56,5	33	43,4	76	41,5
Alto	32	82	7	17,9	39	21,3
Total	77	42	106	58	183	100

Fuente: Encuesta

Según la percepción del riesgo, el 73, 2 % de los pacientes no tuvo percepción del riesgo de enfermar, de ellos el 58 % se encontró en el nivel de información insatisfactorio, sólo el 15, 3 % se creyó capaz de padecer de cáncer bucal en relación a los factores de riesgo presentes y tuvieron un nivel de información satisfactorio. Tabla 4.

Tabla 4. Percepción del riesgo de la muestra relacionada con el nivel de información obtenido

Percepción del riesgo						
Nivel de Información	Si		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Satisfactorio	28	36.3	49	63.6	77	42
Insatisfactorio	-	-	106	100	106	58
Total	28	15.3	134	73.2	183	100

Fuente: Encuesta

Con respecto a la percepción del riesgo en los pacientes con factores de riesgo, se comportó con mayor frecuencia el bajo, pues sólo 18 pacientes contestaron creerse capaces de padecer cáncer bucal. Tabla 5.

Tabla 5. Percepción del riesgo en los pacientes con factores de riesgo de mayor prevalencia

Percepción del riesgo				
Factores de riesgo	Si		No	
	No.	%	No.	%
Consumo de tabaco	8	15,6	43	84,3
Consumo de alcohol	4	8,3	44	91,6
Prótesis desajustadas	0	—	47	100
Deficiente de higiene bucal	0	—	42	100
Obturaciones filosas	6	17,6	28	82,3

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

Es digno señalar que en este grupo etáreo de 60 y más años se deben extremar las medidas de promoción de salud y prevención, ya que tienen alta prevalencia de cáncer bucal, se relacionan con la aparición de tumores debido a la declinación de la autovigilancia inmune tumoral y algunos de ellos no acuden periódicamente al estomatólogo al no tener dientes, salvo en busca de restitución protésica, sin dejar de restar atención a los demás grupos etáreos mayores de 15 años con factores de riesgo presentes ya que el factor tiempo juega un papel preponderante en el sentido de una larga exposición del paciente a las mismas.¹³ El cáncer bucal tiene predilección por pacientes masculinos entre 45 y 65 años de edad en proporción de 10:1 respecto a las mujeres, a pesar de que la incidencia va en aumento debido a la condición incrementada de mujeres fumadoras, hay tendencias a que el enfoque de género en los modos y estilos de vida se homogenicen.^{14, 15}

Resultados similares reportan otros autores en Brasil, donde el consumo de tabaco y de alcohol de forma individual o asociados fueron los factores de riesgo más comprobados en la posible aparición del cáncer bucal generalmente en mayores de 45 años ya que el alcohol potencia el efecto carcinógeno del tabaco, cuando están asociados, pero también puede actuar por si solo como irritante local de las mucosas, alterar el metabolismo de las células epiteliales y como solvente, pues facilita la absorción de los carcinógenos, la mala higiene bucal al lado de otros factores

dentarios, y aparatos protésicos desajustados o rotos se convierten en lesivos a las mucosas orales, asociándose a su vez el tiempo de exposición del paciente a los mismos, actuando de forma directamente proporcional. ¹⁶

Resultados anteriores coinciden con otros autores como Oviedo Pérez Pérez, ¹ ya que este aspecto tiene gran importancia desde el punto de vista de la integración del individuo a la sociedad, a la comunidad, familia, pues inciden sus hábitos, capacidad o nivel de escolaridad alcanzado, nivel socio-económico, además del concepto y percepción que se tenga de la categoría salud. Como los pacientes están pobremente informados acerca de este problema de salud y su prevención, se le debe explicar muy bien acerca del examen bucal que se está haciendo cuando se realiza este servicio, y la importancia del control de factores de riesgo del cáncer bucal para que las tasas de supervivencias asciendan a más del 50 % en los cinco años siguientes al desarrollo de la enfermedad, esto se logra si se realiza detección precoz y si se encuentran lesiones menores a 2cm. ^{17, 18}

Es evidente la necesidad de aumentar el nivel de información acerca de prevención de cáncer bucal a la población para que paulatinamente se desarrolle la percepción en estos pacientes, aspecto importante en la eliminación de factores de riesgo y prevención en general, ya que una adecuada percepción es necesaria para el éxito de cualquier actividad, a través de ellas se forma la imagen de la realidad, se corrige y comprueba, es el eslabón inicial del conocimiento y del procesamiento de la información. Un estudio similar realizado en Limonar provincia de Matanzas, alcanzó bajos niveles de educación para la salud y constataron la necesidad de esta actividad a la población y al personal de asistencia. Las actividades de promoción y prevención en la atención primaria permiten orientar el auto examen bucal y modificar los hábitos asociados con el uso del tabaco y el alcohol; ésta es la estrategia óptima para el control del cáncer bucal a largo plazo. Sin embargo actualmente la medida más eficaz para aumentar la curación del cáncer bucal es una terapéutica temprana, consecuencia de un diagnóstico incipiente, que sólo se lleva a cabo mediante un examen sistemático y acucioso. ¹⁹⁻²¹

Sin embargo esto no confirma que tengan una adecuada percepción del riesgo, ya que estos pacientes en el momento de nuestra investigación, se mantenían con los factores de riesgo, o sea conocían del daño y no eran capaces de modificar su conducta al respecto, porque la percepción necesita un largo camino del aprendizaje, donde se hace la misma más adecuada a la realidad; el sujeto necesita ser enseñado y de esta forma desarrollar y perfeccionar las acciones perceptivas, además de otros aspectos de este complejo proceso biopsicosocial. Se observó en distintos estudios ² una pobre

percepción del riesgo de enfermar de la población y una escasa colaboración en este tipo de programas. En Cuba, el sentido de percepción de riesgo del individuo es bajo, con una confianza extrema en el sector de la salud, no se comprende que en la solución de un problema es imprescindible la participación conjunta de él como individuo y de la sociedad. Existe una insuficiente información sobre la enfermedad en la población, reflejo de una pobre labor educativa, limitante para la participación comunitaria en su forma más genuina, la del compromiso en la solución de este problema.²²

CONCLUSIONES

El grupo etáreo que predominó en la muestra fue el de 60 y más años, y la mayor representación fue del sexo femenino. El nivel de escolaridad que se mostró elevado fue el nivel medio. Prevalcieron factores de riesgos en orden decreciente como el consumo de tabaco, consumo de alcohol, prótesis desajustadas, deficiente higiene bucal y obturaciones filosas. El nivel de información que prevención fue insatisfactorio. Se apreció el bajo nivel de percepción de riesgo a enfermar de cáncer bucal en más de la mitad de la muestra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Pérez O. Planificación estratégica en la prevención del cáncer bucal [en línea] 2003 [fecha de acceso 14 de enero de 2005]. Disponible en: <http://www.odontomarketing.com/art80mar2003.htm>
2. Lamura AGA, Garriga GE. Factores de riesgo, pesquisa y diagnóstico precoz en el cáncer de la cavidad bucal. Revisión de la literatura. Acta Odontol Venez. 2002;40(1):56-60.
3. Freiji J, Kumer JV. Preventions of oral cavity and pharynx in New York State. NY State Dent J. 2001;67(3):26-30.
4. Mora AMC, Montenegro VI, Pérez MT, Rodríguez HAL. Programa de pesquiasaje del cáncer bucal. Su impacto en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]. 2001 [fecha de acceso 14 enero de 2005];17(3):240-3. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi06301.htm>

5. Pruebas gratis de cáncer bucal [en línea]. 2004 [fecha de acceso 14 de enero de 2005]. Disponible en: <http://www.som.tulane.edu/thhi/canesp.htm>
6. Detección temprana del cáncer oral [en línea]. 2004 [fecha de acceso 14 de enero de 2005]. URL disponible en: <http://www.networkmagtw.com/modules.php?name-news&file-article&sid-1224>
7. Cáncer su temprana detección puede salvarle la vida [en línea]. 1999 [fecha de acceso 29 de noviembre de 2004]. Disponible en:
<http://www.grupoese.com.nl/1999/bmedica/ed18/cáncer18.htm>
8. Factores que usted debe conocer [en línea]. 2004 [fecha de acceso 14 de enero de 2005]. Disponible en: <http://webs.Montevideo.com.uy/dentsards/cáncer2htm>
9. Factores de riesgo [en línea]. 2004 [fecha de acceso 14 de enero de 2005]. Disponible en:
<http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/boca3.html>
10. Cancela RP, Cerero LR, Moreno LLA, Esparza GGC. Utilidad del screening en el cáncer oral. RCOE. 2001;6(6):611-6.
11. Mallo PL, Rodríguez BG, Lafuente UP. Lesiones orales pre cancerosas en los ancianos. Situación en España. RCOE. 2002;7(2):153-62.
12. Gómez PJ, Arranz C, Martín GA. Tabaco y cáncer en el anciano. Rev Español Geriat Gerontol. 2001;36(1):12-8.
13. Hirshberg A, Calderon S, Kaplan I. Update review on preventions an early diagnosis in oral cancer. Refuat Hapeh Vehashinagin. 2002;19(3):38-48.
14. Neville BW, Day TA. Oral cancer and pre cancerous lesions. CA cancer. J Clin. 2002;52(4):195-215.
15. Alfonso MC, Horowitz AM. Professional and communicate efforts to prevent morbidity and mortality from oral cancer. J Am Dent Assoc. 2001;132:24-9.
16. Souza GA de, Monteiro da Silva AM, Salvâo R. A autoeficacia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. Pesqui Odontol Bras. 2002;16(1):57-62.
17. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Pesqui Odontol Bras. 2003;17(supl 1):33-41.
18. Ribeiro EDP, Oliveira JA de, Zambolin AP, Lauris JRP, Tomita NE. Abordagem integrada da saúde bucal de droga-dependentes em processo de recuperação. Pesqui Odontol Bras. 2002;16(3):239-45.
19. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Área de asistencia médica y social. Dirección Nacional de Estomatología. Programa de atención Estomatológica integral a la población. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2002.

20. Gil Nebot MA, Estrada BC, Pires AML, Aguirre Martín-Gil R. La investigación cualitativa y la promoción de salud en la comunidad de Madrid. Rev Esp Salud Pública. 2002;76(5):451-9.
21. García R, Hernández Meléndez E, Heredero Baute L, Torres Hernández M, Zaldivar Pérez D. Módulo de educación para la salud. Guía y materiales de estudio. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2002.
22. Iniciativa de conocimiento del cáncer oral [en línea]. 2004 [fecha de acceso 14 de enero de 2005]. Disponible en: <http://www.oral-cancer.org/español/information.html>

Recibido: 13 de abril de 2006

Aprobado: 18 de julio de 2006

Dra. Yaneisis Quirós Alujá. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor. Clínica Estomatológica Ismael Clark y Mascaró. Camagüey, Cuba.