

ARTÍCULOS ORIGINALES

Capacitación del médico general integral en el programa nacional de detección precoz del cáncer bucal

Training of the integral general practitioner in the National Program of premature detection of the Oral Cancer

Dra. Clara Idelette Landrían Díaz; Dra. Nelia Espeso Nápoles; Dra. Carmen Rosa Hidalgo; Dr. Oscar García Roco Pérez

Clínica Estomatológica Docente Provincial Ismael Clark y Mascaró. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención a los 12 médicos generales integrales (MGI) que laboran en los consultorios pertenecientes a la Clínica Estomatológica Docente Provincial Ismael Clark y Mascaró en Camagüey, desde octubre de 2004 a julio de 2005, con el objetivo de elevar su preparación para ejecutar el Programa Nacional del Cáncer Bucal. La investigación se dividió en tres fases: diagnóstica, intervención y evaluación. A partir del diagnóstico de necesidades de aprendizaje se pudo constatar el nivel de información que tenían los MGI sobre el programa, se diseñó un curso de entrenamiento con modalidad teórico-práctica y se evaluó la competencia y desempeño profesional del Médico General Integral. En los resultados obtenidos, el 58,3 % se autoevaluó erróneamente como bien informado al inicio. Después del entrenamiento, el 70 % mejoró de la categoría poco informado a bien. El desempeño profesional se catalogó como correcto entre el 80 y el 90 % de los médicos, lo que permitió elevar la preparación del MGI para ejecutar el programa de detección precoz

del cáncer bucal Se elaboró un folleto didáctico como aporte adicional a la investigación.

DeCS: MÉDICOS DE FAMILIA; CAPACITACIÓN PROFESIONAL; PROGRAMAS NACIONALES DE SALUD; NEOPLASIAS DE LA BOCA.

ABSTRACT

An intervention study to 12 integral general practitioners (IGP) that labour at doctor's offices belonging to Ismael Clark and Mascaró Provincial Teaching Odontology Clinic of Camagüey was performed from October 2004 to July 2005, with the objective to elevate their preparation to carry out the Oral Cancer National Program. The investigation was divided into three phases: diagnosis, intervention and evaluation. Departing from the learning needs diagnosis could be verified the level of information that had the IGP about the program, a course of training with theoretical-practical modality was designed and the competence and professional performance of the IGP was evaluated. The obtained results, the 58, 3% was erroneously self evaluated as well informed, at the beginning. After the training, the 70% improved the category of little informed to well. The professional performance was catalogued as correct between the 80 and 90% of doctors, what permitted to elevate the IGP preparation to perform the program of premature detection of the oral cancer (PDOC). A didactic booklet was devised as additional contribute to the investigation.

DeSC: FAMILY PHYSICIANS; PROFESSIONAL TRAINING; NATIONAL HEALTH PROGRAMS; MOUTH NEOPLASMS.

INTRODUCCIÓN

A pesar del progreso de la ciencia en general, en particular de las ciencias médicas y el perfeccionamiento sostenido del conocimiento humano, el cáncer continúa siendo un grave problema de salud para el hombre en el nuevo milenio.^{1, 2} En Cuba, ocupa el segundo lugar entre las principales causas de muerte a pesar de los diferentes

programas de control implementados. De continuar la tendencia ascendente, tanto en morbilidad como en mortalidad, se prevé que en el año 2025 desplace a las enfermedades cardiovasculares del primer lugar en la tabla de mortalidad general del país.³

La causa de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal es multifactorial y dentro de ellas se encuentran los efectos combinados de factores predisponentes y causales como el tabaco, el alcohol, las maloclusiones, la higiene oral defectuosa, las infecciones localizadas, la irritación por prótesis, la malnutrición, los factores hormonales, algunas infecciones sistémicas, entre otras.⁴ Es necesario destacar el papel que desempeña la prevención primaria para informar a la población y disminuir de esta forma los factores de riesgo.^{5, 6} A finales de la década del 80 es que se incorpora el Médico General Integral (MGI) al programa de atención primaria y se plantea como una de sus funciones el pesquisaje masivo de las lesiones del complejo bucal. Sin embargo, esta actividad no se controla y asesora suficientemente.⁷ Se considera imprescindible que se realicen exámenes de manera rutinaria tanto por los estomatólogos como por los MGI, ya que es obligación de cualquier profesional sanitario la detección precoz del cáncer bucal, lo cual requiere una preparación adecuada.^{8, 9}

El desarrollo actual de la atención primaria de salud requiere de nuevas dimensiones de trabajo, en las que el MGI sea un eslabón prioritario por su relación directa con la comunidad y en virtud de las ventajas que esto representa, se impone la necesidad de encontrar respuestas científicas y rápidas que definan la implementación y evaluación de programas para lograr una acción de prevención y control eficiente.^{7, 10}

El Ministerio de Salud Pública, al tener en cuenta la disponibilidad de recursos humanos existentes, pone en vigor una serie de orientaciones para la organización de los servicios médicos estomatológicos en las que prevé que las acciones correspondientes al diagnóstico precoz del cáncer bucal se ejecute por los médicos y enfermeras de la familia, quienes deben examinar a los pacientes que acudan al consultorio o durante las visitas a los hogares, luego, remitir al estomatólogo a todos aquellos que lo requieran para su tratamiento e insistir en la importancia de su colaboración para educar a la población en temas tales como el autoexamen de la cavidad bucal.^{11, 12}

Existe una gran necesidad de elevar la preparación del MGI a través de un entrenamiento rápido y efectivo para ejecutar las acciones que le son inherentes dentro del programa. Nadie mejor que el Estomatólogo General Integral (EGI) para transmitir sus conocimientos, por lo que la investigación permitirá capacitar al MGI

para enfrentar el programa nacional del cáncer bucal (PDCB) con un mejor desempeño de sus funciones y juntos disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer bucal mediante la prevención primaria y el diagnóstico precoz.

Nuestra investigación tiene como objetivo elevar la preparación de los MGI que laboran en los consultorios pertenecientes a la Clínica Estomatológica Docente Provincial Ismael Clark y Mascaró, para ejecutar el programa nacional del cáncer bucal.

MÉTODO

Se realizó una investigación de intervención a los MGI que laboran en los consultorios pertenecientes a la Clínica Estomatológica Docente Provincial (CEDP) Ismael Clark y Mascaró de la ciudad de Camagüey, desde octubre de 2004 a julio de 2005. El universo se constituyó por los 12 MGI que laboran en los consultorios asignados a la clínica estomatológica. Se incluyeron en la investigación a los médicos que estaban por seis meses como mínimo en el consultorio médico, y se excluyeron a los que presentaron la imposibilidad de completar la capacitación y la aplicación de los instrumentos de la investigación. Dos estaban por salir a cumplir misión internacionalista, por lo que la muestra quedó conformada por diez profesionales aunque, por el valor de la información que se obtuvo en estos dos médicos, se tuvieron en cuenta los resultados parciales obtenidos en ambos casos, aún cuando no se pudo realizar la evaluación final.

El estudio para su mejor comprensión se dividió en tres fases, la fase diagnóstica de necesidades de aprendizaje, la fase de intervención y la fase de evaluación. Para la fase diagnóstica de necesidades de aprendizaje, se elaboró una entrevista estructurada con la finalidad de establecer un diagnóstico del nivel de información y participación que tienen los MGI dentro del PDCB. Para evaluar la entrevista y procesar la información se tuvo en consideración la clave de respuesta. Ésta estuvo compuesta por dos calificaciones: desaprobado (corresponde al poco informado) y aprobado (corresponden las categorías de medianamente informado y bien informado).

En la parte final de la entrevista se les proporcionó una escala de autovaloración en un rango de 0 hasta diez (de menor a mayor información), su objetivo fue percibir la autoevaluación que se atribuyó el entrevistado sobre el tema. Se realizó, además, una tabulación de errores para dilucidar los principales temas que precisaban aprender los

MGI. Con todos estos elementos se diseñó el curso de entrenamiento con los requerimientos metodológicos necesarios.

En la fase de intervención se realizó el curso de entrenamiento a los MGI con el objetivo de que adquirieran conocimientos y desarrollaran habilidades prácticas. Su modalidad fue teórico-práctico, con medios de enseñanza atractivos y técnicas afectivo participativas, tuvo 44h durante un período de seis semanas.

Al finalizar el entrenamiento se estableció la fase de evaluación, donde se aplicó nuevamente la entrevista estructurada. Además se utilizó un método de observación con el objetivo de explorar a profundidad el comportamiento del MGI después del entrenamiento y exhibir así el impacto no sólo del grado de aprendizaje cognoscitivo (competencia) sino evaluar también su desempeño. Se confeccionó una guía de observación que permitió evaluar las habilidades y destrezas prácticas del MGI.

La observación se realizó en el consultorio médico durante el trabajo asistencial y de forma discreta, aunque se conocía la intención de la visita. Se auxilió de medios gráficos y visuales. Su evaluación se centró en tres aspectos: metodología para el examen del PDCB, identificación de formaciones bucales normales que pueden confundirse con estados patológicos e identificación de lesiones premalignas. Los criterios de evaluación clasificaron el desempeño profesional como correcto e incorrecto.

Se aplicó también una técnica de lluvia de ideas la escalera, para identificar problemas y necesidades sentidas. Este instrumento se diseñó según los requerimientos metodológicos y tuvo por objetivo obtener una información cualitativa sobre las principales dificultades que en el trabajo diario afrontan los MGI al ejecutar el programa.

Los datos se procesaron en una computadora IBM compatible a través del procesador estadístico SPSS para Windows. Se les realizó distribuciones de frecuencia a todas las variables en estudio (cualitativas nominales), se presentaron los resultados en frecuencias absolutas y relativas mediante tablas de contingencia. Dentro de la estadística inferencial se realizó el test de hipótesis de proporciones entre las variables para determinar la existencia o no de diferencias significativas entre los valores comparados, que está determinada por una probabilidad $(P) \leq 0.05$, con una confiabilidad (C) del 95 %.

RESULTADOS

Según el nivel de información de los MGI sobre el programa, se encontraron como pocos informados a nueve (75 %) y sólo uno se ubica como bien informado (8 %). Tabla 1.

Tabla 1. Nivel de información sobre el PDCB en los MGI

Nivel de información	No.	%
Poco informado	9*	75
Medianamente informado	2*	17
Bien informado	1	8
Total	12	100

Fuente: Entrevista. Leyenda: (*) $p= 3, 888E-03$

Con respecto a los aspectos de mayor dificultad y los temas de mayor desconocimiento, predominó la metodología del examen bucal (100 %), las actividades y objetivos del programa (83, 3 %), así como los factores de riesgo del cáncer bucal (75 %). Tabla 2

Tabla 2. Temas de mayor desconocimiento en los MGI

Temas	Correcto		Incorrecto		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Metodología del examen bucal	-	-	12	100	12	100
Actividades del programa	2	16,7	10	83,3	12	100
Objetivos del programa	2	16,7	10	83,3	12	100
Factores de riesgo	3	25,0	9	75,0	12	100
Funciones del programa	4	33,3	8	66,7	12	100
Formaciones bucales confundibles con patológicas	4	33,3	8	66,7	12	00

Fuente: Entrevista.

Al analizar la correlación de la autoevaluación y la evaluación respecto al nivel de información que tienen los MGI sobre el programa se percibió que el 58, 3 % consideró que realmente estaban bien informados y sólo dos se ubicaron en la categoría de poco

informado. La evaluación demostró la existencia de nueve profesionales en esta categoría. Tabla 3.

Tabla 3. Comparación de la autoevaluación y evaluación de los MGI

Nivel de información	Autoevaluación		Evaluación	
	No.	%	No.	%
Poco informados	2	16,7	9	75,0
Medianamente informados	3	25,0	2	16,7
Bien informados	7	58,3	1	8,3
Total	12	100	12	100

Fuente: Guía de observación.

Luego del entrenamiento, se mostró el nivel de información que adquirieron los MGI, donde el 70 % cambió su evaluación de poco informado a bien informado; lo que resultó estadísticamente significativo ($P > 0,05$) (Tabla 4).

Tabla 4. Nivel de información de los MGI antes y después del entrenamiento

Nivel de información	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Poco informado	7	70,0	0	0
Medianamente informado	2	20,0	3	30,0
Bien informado	1*	10,0	7*	70,0
Total	10	100	10	100

Fuente: Entrevista. Leyenda: (*): $p = 2,116 \times 10^{-3}$

La investigación evaluó a través de una guía de observación el desempeño profesional de los MGI, el 80 y 90 % de los profesionales realizaron los ejercicios de forma correcta. El aspecto referente a la metodología para el examen del PDCB fue el de mayor desconocimiento al inicio del estudio, luego mejoró al ubicar al 90 % los MGI en la categoría correcta. Tabla 5.

Tabla 5. Desempeño profesional del MGI después del entrenamiento

Temas	Correcto		Incorrecto		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Metodología para el examen del PDCB	9*	90	1*	10	10	100
Identificación de estructuras normales	8**	80	2**	10	10	100
Identificación de lesiones premalignas	8	80	2	20	10	100

Fuente: Guía de observación. Leyenda:(*): $p=1, 241E05$ (**): $p=8, 853E03$

Persisten dificultades objetivas que entorpecen el desarrollo del programa, se constataron en los resultados de la lluvia de ideas. Los MGI manifestaron tener escaso material bibliográfico que permita la búsqueda rápida y práctica de información, inestabilidad del personal médico en el consultorio y mucha presión asistencial.

DISCUSIÓN

Al determinar el nivel de información que tienen los MGI sobre el programa, se comprobó que la mayoría correspondió a la categoría de poco informado. Otros autores también detectaron en sus investigaciones un nivel de conocimiento insuficiente en los médicos referente al programa y recomiendan la necesidad de revertir dicha situación.^{13, 14}

De lo anterior se desprende que el nivel de información de los MGI no es el óptimo y requiere aprendizaje en este sentido, por lo que deben incrementarse las actividades de educación continuada con un enfoque clínico, epidemiológico y social a fin de eliminar esta problemática.¹¹ El perfeccionamiento del proceso de enseñanza aprendizaje conlleva la necesidad de crear condiciones pedagógicas que favorezcan, en un clima de confianza, receptividad y reflexión, un proceso de interacción y comunicación educativa.¹⁵

Para tener la oportunidad de explorar profundamente sobre la información que tienen los MGI, se precisó que los temas de mayor desconocimiento fueron la metodología del examen bucal, las actividades y objetivos del programa, así como los factores de

riesgo del cáncer bucal .Otro estudio hecho en Santiago de Cuba afirma que los MGI no conocen adecuadamente los objetivos, propósitos y actividades del PDCB. ¹³

Cabe destacar que se necesita poner en práctica cuantos mecanismos estén al alcance para ejecutar eficientemente lo que establece el programa, de allí lo imperioso de fortalecer la preparación de los médicos de familia en el examen del PDCB, así como estrechar los lazos de trabajo con el estomatólogo de su área de salud para juntos elevar el pesquisaje de lesiones premalignas. ^{16, 17}

Al analizar la correlación de la autoevaluación y la evaluación respecto al nivel de información que tienen los MGI sobre el programa, se evidencia la sobrevaloración acerca de los conocimientos que tienen para enfrentar el mismo, esto sugiere la necesidad de profundizar en el tema por la repercusión social que tiene la prevención del cáncer bucal y el peligro que representa en su desempeño profesional. El instrumento a utilizar se basa en el autoconocimiento o autovaloración de aquellas condiciones que pueden favorecer o entorpecer su competencia profesional, además permite regular su actuación y convertir la autoevaluación en un proceso de retroalimentación que facilite el aprendizaje integral. ^{17, 18}

El entrenamiento muestra claramente la efectividad que genera aplicar cursos que faciliten un proceso de aprendizaje rápido y renovador, ya que el trabajo en equipo implica compartir conocimientos y responsabilidades para mejorar la calidad en la ejecución de los programas de salud vigentes. ¹³

A pesar de contar en nuestro medio con poca información de intervenciones educativas con este perfil, Quintana Díaz, et al, ¹⁹ comprobaron que después de brindar seminarios a los MGI se reportó un aumento significativo en los pacientes remitidos, lo que demuestra lo beneficioso de aunar esfuerzos y trabajar en este sentido.

La investigación trabajó no sólo en la vertiente de lograr que los MGI ampliaran sus conocimientos, sino también en su transformación, en adquirir habilidades que fortalezcan el ser, el saber y el hacer. El médico de familia se incorporó al programa por ser un personal capacitado y con un universo poblacional favorable para llevar a cabo el examen minucioso del complejo bucal. ²⁰ Ventaja que se aprovechó en virtud del estudio, pues se comprobó que al entrenarlo de forma objetiva y didáctica se puede lograr no solo cambios cognoscitivos sino cambios de conceptos comportamientos y actitudes, razones por las cuales se debe incrementar y sistematizar este tipo de actividad. ^{21, 22}

Se transita hacia un modelo de salud superior, esto no significa que la Medicina General Integral cubana sea un modelo completo y acabado; concebirlo así es negarle sus características dinámicas, dialécticas y sus posibilidades de perfección; muestra de ello fueron los resultados tributados por el entrenamiento, hecho que posibilitó interrelacionar aspectos afectivos, la comunicación directa y la acción del grupo en pos del éxito.

CONCLUSIONES

Se determinó poco informados a casi todos los médicos de familia al inicio de la investigación. Más de la mitad de los MGI se autoevaluaron erróneamente como bien informados. Al finalizar el entrenamiento, la mayoría de los MGI fueron evaluados como bien informados. El desempeño profesional se catalogó como correcto en la mayoría de los profesionales. Se precisaron como principales dificultades para ejecutar el programa a la falta de soporte bibliográfico, la inestabilidad del médico en el consultorio y la presión asistencial. Se elevó la preparación de los MGI para ejecutar el PDCB.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shafer MG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patología bucal. 4ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 2000. p. 940.
2. Anselmi de Garriga AL, Garriga García E. 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. García Jordán M, Lence Anta J, Sosa Rosales M, Martín Moya M, Fernández Garrote L. Mortalidad del cáncer bucal en Cuba (1987-1996). Rev Cubana Oncol 1999; 15(2):114-8.
4. Thomas G, Hashibe M, Jacob BJ, Ramadas K, Mathew B, Sankaranarayanan R, et al. Risk factors for multiple oral premalignant lesions. Int J Cancer 2003; 107(2):285-9.
5. Gómez Pavón J, Arranz C, Martín Gracyzk A. Tabaco y cáncer en el anciano [en línea 21 marzo 2001] [fecha de acceso 4 de marzo de 2004]. URL disponible en: <http://db.doyma.es/cgibin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pident=10021762>

6. López Chagin A. Factores de riesgo etiopatogénicos de carcinoma verrugoso en cavidad bucal. Acta Odontol Venez 2000; 38 (2): 9-14.
7. Ministerio de Salud Pública. Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB). Octubre 2001. En: Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Área de Asistencia Médico y Social, Dirección Nacional de Estomatología. Anexo 14. La Habana: MINSAP; 2002.p.109-23
8. Joseph BK. Oral cancer: prevention. Med Princ Pract 2002; 11 (1):32-5.
9. Rodríguez CO. Autoexamen para prevención del cáncer bucal [en línea] 2003 [fecha de acceso 14 de julio de 2004]. URL disponible en: <http://www.ciudadfutura.com/odontoweb/HTML/pacientes/art03.html>
10. Berdasquera Corcho D, Mirabal López MC, Suárez Larreinaga CL. La integración de la higiene y la epidemiología a la atención primaria: otro avance de la Salud Pública cubana. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17 (1):1. URL disponible en: http://scielo.sld.cu/cielo.php?script=sci_arttexpid=S0864-21252001000100014ing=esnm=iso.
11. Sansó Soberats FI. Momentos de la medicina familiar cubana a 20 años de la creación del modelo. Rev Cubana Med Gen Integr 2004; 20(5-6):1. URL disponible en http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?id_revista=69id_ejemplar=3195.
12. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médico y Social. Orientaciones para la organización de los servicios estomatológicos. 29 de abril de 2004. En prensa 2004.
13. Camaño Carballo L, Pimienta Concepción I, Pérez Chávez I, Martínez Torres A. Conocimiento del Programa Nacional Atención Precoz del Cáncer Bucal en médicos de familia del policlínico Turcios Lima. Rev 16 de abril [en línea] 2002 [fecha de acceso 21 de julio de 2005]. URL disponible en: http://www.16deabril.sld.cu/rev/217/articulo_1.htm
14. Mora A, Alpízar MC, Montenegro Valera I, Pérez Martell E, Rodríguez Hernández AL. Programa de pesquiasaje del cáncer bucal y su impacto en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(3). URL disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol17_3_01mqi06301.htm
15. Bernardo Fuentes MG, García Galán EV, Pomares Bory E. El vínculo ecuación comunicación en la formación integral de los profesionales de la salud. Educ Med Sup 2004;18 (4):1. URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol18_4_04/ems03404.htm

16. Albornoz López_del_Castillo C, Zequeira Peña JL, Merino López C, Siré Jávez A. El diagnóstico clínico y la detección precoz del cáncer bucal. Arch Med Camagüey 2003; 7(5):1. URL disponible en: http://shine.cmw.sld.cu/amc/v7_supl_1/763.htm
17. López Cruz E, Marrero Fuente A, Castell Zayas_Bazán S. Evaluación del Programa Nacional del Diagnóstico del Cáncer Bucal en 7 años. Arch Med Camagüey 2003; 7(5):1. URL disponible en: <http://www.shine.cmw.sld.cu/amc/v7supl1/770.htm>
18. Pérez Sánchez CAM, Bustamante Alfonso LM. La evaluación como actividad orientada a la transformación de los procesos formativos. Educ Med Sup 2004; 18 (4):1. URL disponible en: <http://www.brs.sld.cu/revistas/ems/vol18404/ems05404.htm>
19. Quintana Díaz JC, Ceja Amante C, Gardón Delgado L. Importancia de la incorporación del médico de familia al Plan de Detección Precoz del Cáncer Bucal en Artemisa. Rev Cubana Estomatol 1999; 37(3): 230-34. URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol36_3_99/est06399.htm
20. Martín Pino J, Medina Vega DL, Márquez Rancaño E. Comportamiento del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal en la Clínica Estomatológica "Celia Sánchez Manduley". [en línea]; 2001 [fecha de acceso 13 de julio de 2004]. URL disponible en: <http://www.odontologia-online.com/casos/part/JMP/JMP01/jmp01.html>
21. Sagué GA. Evaluación de la calidad del programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer bucal. MEDISAN 2001; 3(3): 25-33. URL disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol3_3_99/san06399.htm
22. Díaz Novás J, Gallego Machado BR. Algunas ideas y reflexiones sobre la atención primaria y el médico de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr 2004; 20 (5-6):1. URL disponible en: http://www.ibiomed.com/1/1/articulos.php?ed_revistas=698ed_ejemplar=3195

Recibido: 21 de julio de 2006

Aprobado: 25 de enero de 2007

Dra. Clara Idelette Landrían Díaz. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral. Profesor Instructor. Clínica Estomatológica Docente Provincial Ismael Clark y Mascaró. Camagüey, Cuba.