

**Comportamiento del programa de detección precoz del cáncer bucal en la clínica estomatológica docente provincial. 1995-1999**

**Behavior of the oral cancer Early detection Program in the provincial Teaching Dental Clinic**

**Dr. Ernesto López Cruz; Dra. Maritza Placeres Collot; Dr. Pedro Alfonso Aguilar**

Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Camagüey, Cuba.

**RESUMEN**

Se realizó un estudio estadístico descriptivo con los pacientes examinados y remitidos según el Programa de Detección de Cáncer Bucal durante el período de 1995-1999 con el objetivo de analizar este programa con un enfoque sistémico en su implementación. Se recibieron 102 pacientes quedando por criterios de exclusión 70 de los mismos. Se determinó que durante los años objeto de estudio excepto en 1999 el porcentaje de pacientes remitidos sobre los examinados sobrepasa el 0.3% que plantea el programa nacional, así como que el mayor número de pacientes remitidos se encontraba en el grupo etáreo de 35 a 59 años de edad. El estudio reveló un 55.71% de concordancia entre los diagnósticos presuntivos y finales y que el 87.14% de los pacientes acudieron a la Consulta de cirugía máxilofacial en el segundo nivel de atención. Se determinó que el 88.57% fue objeto de algún tipo de seguimiento luego de su remisión.

**DeCS:** NEOPLASMAS DE LA BOCA/prevención & control.

## **ABSTRACT**

A descriptive study was performed with the examined and remitted patients according to the oral cancer Early Detección Program during the period 1995-1999 with the aim of analyzing this program with a systemic approach in its implementation. 102 patients were admitted, 70 out of them were excluded. It was determined that during the study years except in 1999, the percentage of remitted patients over the examined surpasses 0,3% stated in the national program and also the greater number of remitted patients was in their age group of 35 to 59 years old. The study revealed 55.71% of coincidence among presuntive and final diagnosis and that 87.14% of patients assisted to the maxillofacial Surgery Consultation in the second level of Care. Concluding, 88.57% was object of some type of follow-up after remission.

**DeCS:** MOUTH NEOPLASMS/prevention&control.

## **INTRODUCCIÓN**

Desde hace muchos años el hombre viene tratando las enfermedades neoplásicas con cirugía, radiaciones y citostáticos, sumándose a esto 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 (1-2). Si la tendencia actual continúa, esta enfermedad será a comienzos del siglo XXI la primera causa de muerte (3). Con tales evidencias la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó desde 1985 elaborar programas nacionales de control del cáncer (PNCC) para organizar la lucha contra esa 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 (6-8). Entre las primeras causas de morbimortalidad del cáncer se encuentran localizaciones susceptibles a la prevención y al diagnóstico temprano, tales como el pulmón y la cavidad bucal en ambos sexos, mama y cuello de útero en las mujeres y próstata en los hombres (4). Esta situación justificó el inicio de las primeras acciones de control del cáncer existiendo actualmente cinco programas de detección precoz: el cérvico uterino, mama, próstata, oncopediatria y el de boca, este último constituye una de las diez primeras localizaciones de incidencia de cáncer en el mundo (4).

Especialmente el programa de detección 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 (8). En nuestro país numerosos son los trabajos que han abordado el comportamiento del 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 (9).

## **METODO**

Se realizó un estudio estadístico descriptivo con el total de pacientes examinados y remitidos según PDCB a la Clínica Estomatológica Docente Provincial en el período de 1995-1999. Se trabajó estadísticamente y se realizaron actividades de terreno a 102 pacientes quedando excluidos 32, 3 de ellos por fallecimiento y 29 por cambio de dirección. Se les llenó un formulario (anexo), que fue procesado por el programa Microstat en computadora Pentium. Se aplicó distribución de frecuencia y test de hipótesis con un margen de error del 0.02 y confiabilidad del 95%.

## **RESULTADOS**

Existen bajas cifras de pacientes examinados durante los años 95 y 96, que se van elevando hasta 1999 (Tabla 1). El grupo etáreo de 35-59 años es el más frecuentemente remitido. En cuanto a la coincidencia de los diagnósticos presuntivos y definitivos (Tabla 2) observamos significativamente ( $p= 1.332 \text{ E-}04$ ) que hubo coincidencia en el 55.7%, así como que en 15 enfermos no fue posible comprobar esta variante. Al analizar la concurrencia de los pacientes al segundo nivel de atención (Tabla 3) observamos significativamente ( $P= 2.8923 \text{ E-}09$ ) que 61 de los mismos acudieron a la consulta de máxilofacial y de manera no significativa observamos que 9 pacientes no acudieron a este servicio después de haber sido remitidos. El 88.57% de los pacientes refirió haber sido objeto de algún tipo de seguimiento posterior a su remisión, por lo que se observa una diferencia significativa de  $p= 2.900 \text{ E-}09$  (Tabla 4).

## DISCUSION

Es obvio para los autores de este trabajo que estamos ante un caso de subregistro, fenómeno detectado por la dirección de esa clínica a finales de 1997 como causante del incomprensible bajo nivel de actividad que existía en los reportes de Estadística. Nuestro estudio encontró como grupo de edad más frecuentemente remitido el de 35 a 59 años, lo cual no concuerda con la mayoría de los autores ( 1,3,6,9,11) (Tabla 1).

**Tabla 1. Pacientes examinados y remitidos según grupos de edades**

Años	Examinados según grupos de edades					Remitidos según grupos de edades					% de los examinados
	15-18	19-35	35-59	60 y más	total	15-18	19-34	35-59	60 y más	total	
1994	-	94	91	24	209	-	4	6	5	15	7.17%
1995-	-	82	63	26	171	-	2	-	3	5	2.92%
1996	-	1492	1062	175	2729	-	5	15	6	26	0.95%
1997	60	2629	2106	759	5554	-	9	10	12	31	0.55%
1998	555	5665	4496	1533	12249	1	4	12	8	25	0.20%
Total	615	9962	7818	2517	20918	1	24	43	34	102	0.48%

P= 4.206E-04

Fuente: Departamento de Estadísticas. C/D Docente Provincial

La coincidencia de los diagnósticos lo que no fue posible comprobarla porque el modelo no regresó a la clínica lo cual demuestra significativamente el hecho de que los mecanismos creados dentro del Programa no funcionan bien a veces ( Tabla .2).

**Tabla 2. Coincidencias o no entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo**

Años	Si	%	No	%	No Comparable	Total
<b>1994</b>	3	4.28	3	4.28	2	8
<b>1995</b>	1	1.42	1	1.42	-	2
<b>1996</b>	6	8.57	4	5.71	6	16
<b>1997</b>	18	25.71	6	8.56	3	27
<b>1998</b>	11	15.71	2	2.85	4	17
<b>Total</b>	39	55.71	16	22.85	15	70

P=2,892E-09

Fuente: Departamento de Estadísticas. C/D Docente Provincial.

De los 15 pacientes en los que no pudimos comprobar la coincidencia diagnóstica (Tabla 3) 6 acudieron a la consulta del segundo nivel.

**Tabla 3. Pacientes según concurrencia al segundo nivel de atención**

<b>Año</b>	<b>Con seguimiento</b>	<b>%</b>	<b>Sin seguimiento</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>1994</b>	6	9.83	2	13.33	8
<b>1995</b>	2	3.27	-		2
<b>1996</b>	12	19.67	4	26.66	16
<b>1997</b>	26	42.62	1	6.66	27
<b>1998</b>	15	24.59	2	13.33	17
<b>Total</b>	61	87.14	9	12.85	70

P=2.892E-9

Fuente: Departamento de Estadísticas. C/D Docente Provincial.

El programa nacional no fija límites o períodos de seguimiento, por lo que esta actividad se fija en el marco de las decisiones tomadas por la clínica o el Servicio de Cirugía. En nuestra Provincia, encuentran porcentajes muy bajos durante los años 1997 y 1998 (*Queipo C:G: Comportamiento del programa PDCB en la consulta de máxilofacial del Hosp. Prov. MAD años 1997-1998. Trabajo para optar por el título de Especialista*). No obstante, creemos que 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 quién nutre la consulta del PDCB creado en el servicio de cirugía máxilofacial 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 el estomatólogo y luego por un médico de la familia.

**Tabla 4. Pacientes según seguimiento**

<b>Año</b>	<b>Con seguimiento</b>	<b>%</b>	<b>Sin seguimiento</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>1994</b>	6	9.67	2	25	8
<b>1995</b>	1	1.61	1	12.5	2
<b>1996</b>	12	19.35	4	50	16
<b>1997</b>	26	41.93	1	12	27
<b>1998</b>	17	27.41			17
<b>Total</b>	62	88.57	8	11.42	70

## **CONCLUSIONES**

En todos los años objeto de estudio, excepto en 1999 se cumple con el 0.3% de pacientes remitidos de los examinados.

El mayor número de pacientes remitidos se encontró en el grupo de 35 a 59 años de edad.

Existió un predominio de la coincidencia entre el diagnóstico presuntivo y el definitivo. Predominó el número de pacientes que acudieron a la consulta del segundo nivel. La mayoría de los pacientes refirió haber sido objeto de algún tipo de seguimiento.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Santa Garay J, Delgado Méndez L, Miranda Tarragó J, Sánchez Tabrane M. Programa Nacional de Detección del Cáncer Bucal. Resultados en cinco años de aplicación. Rev. Cubana estomatol 1991;28 (2):83-92.
2. Pedro Mira A. Registros de cáncer en América Latina. Rev Bras Oncol 1997;43(1):65-30.
3. Chávez Martínez F.J. , Romero Pérez T, González Marinello S, Lence Anta J y Santos Martínez T. Riesgo de Morir por cáncer. Rev. Cubana Oncol 1997;13(1):5-11.
4. Camacho Rodríguez R., Fernández Garrote R, Martín García A, Abascal Ruiz M, Díaz Cabrera M. El Programa nacional de control del cáncer en Cuba. Rev.Cub.Med. Gen. Int.1994;10(3):215-9.
5. 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.
6. Moreira Díaz E, Bernal Balaez A, Urbixzo 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.
7. Fernández Garrote L. Martio García A. Morbilidad y mortalidad por cáncer en Cuba. Rev. Cubana Oncol; 6(2):294-300.
8. Lence Anta J, Rodríguez Salva A, Santana Garay JC y Fernández Garrote L. Programa de Diagnóstico Precoz del cáncer bucal. Resultados y perspectivas. Rev Cubana Med Gen Integr 1994;10(3):230-4.

9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana. 1992-2000 Rev cubana med gen intergr 1992; 8 (3): 271-87.

Recibido: 15 de abril de 2000

Aprobado: 21 de febrero de 2001