

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD GUANTÁNAMO

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PREVENCIÓN DE CARIES DENTAL EN ADOLESCENTES DESPUÉS DEL TRIUNFO DE LA REVOLUCIÓN CUBANA

Lic. Yarixza Rodríguez Garbey¹, Dra. Ana Elena Cantillo García², Dra. Nancy Elías Sierra.³

1 Licenciada en Tecnología de la Salud. Instructor.

2 Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de II Grado en Periodontología.

3 Máster en Urgencias Estomatológicas. Especialista de I Grado en Estomatología General Integral.

RESUMEN

Se realiza una valoración de la evolución histórica que ha tenido la prevención de caries en adolescentes desde finales del siglo XX y principios del XXI, donde se toma como punto de partida los momentos en los cuales la prevención de caries se masificó con tratamientos preventivos, basados en enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio en centros escolares, hasta la puesta en práctica de la Estomatología preventiva y educacional.

Palabras clave: historia de la estomatología, caries, adolescentes.

INTRODUCCIÓN

Las primeras comunidades en adoptar los enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio para la prevención de caries, fueron: Grand Rapids, Michigan y Newburgh, en Nueva York, entre 1944 y 1947. También Brantford, Ontario, en Canadá, con dosis de 1.0 mg/L (ppm), recomendada como la dosis óptima con la cual se lograban los mayores beneficios sin producir lesiones fluoróticas en los tejidos dentarios, lo que se mantiene hasta nuestros días.

Desde 1945, numerosos países han practicado la fluoruración del agua en diversa medida y, desde 1955, se ha vendido sal fluorurada en Suiza. Suiza, Colombia y Hungría se han destacado en los estudios referentes a sus propiedades.

El triunfo de la Revolución Cubana devino en bienestar social en cuanto a atención estomatológica gratuita. En el presente se pretende realizar una valoración desde 1959 hasta la actualidad.

DESARROLLO

TENDENCIAS DE LA PREVENCIÓN DE URGENCIAS POR CARIES EN ADOLESCENTES DESPUÉS DE 1959.

Antes del año 1959, gran parte de la población cubana era analfabeta, víctima del desempleo y el hambre, todo lo cual se reflejó sin duda, en el estado de su boca.

El conocimiento sobre la presencia de la caries dental data del siglo VII, donde era mantenida con obstinación, la creencia de que un gusano era el agente causal. El primer documento al respecto proviene de Babilonia, en donde una de las tablillas de la Biblioteca Real expone el mito en forma poética.

Desde el año 1960 se ha utilizado en Suecia un método masivo de aplicaciones tópicas de flúor que no requiere el empleo de estomatólogos, ya que se basa en el enjuague con soluciones de flúor que pueden realizarse por los propios niños en pequeños grupos dirigidos por una persona adiestrada en este método, que preferiblemente, debe ser asistente dental.

En 1966, los científicos de la universidad de Helsinki observaron que los niños sin caries tenían niveles muy bajos de esta bacteria, mientras que los niños con caries tenían concentraciones extremadamente altas, como unas 100 veces superiores.¹⁷

El método de los enjuagatorios de Torell y Ericsson (1965-1967), utiliza una solución de fluoruro de sodio al 0.2 %, la cual se suministra en pequeños vasos para con esta realizar los enjuagues. Las aplicaciones se repiten cada 15 días durante el período escolar.

En julio de 1969, una delegación de estomatólogos cubanos que asistieron a la Reunión Anual de la Organización Europea sobre Investigaciones de la Caries Dental (ORCA), celebrada en Estocolmo,

Suecia, pudo conocer de cerca y adquirir experiencias en la organización de estas aplicaciones masivas.

En las Américas durante las últimas décadas, los estudios empíricos han establecido claramente que los grupos más pobres tienen peor salud. Existen además algunas comprobaciones de que en los estados más igualitarios en términos de ingreso, las condiciones de salud son mejores. Indicadores de caries dental por grupo racial tomados de la encuesta epidemiológica de los Estados Unidos de Norteamérica (1988-1991), muestran que los grupos raciales negro e hispano (de origen mexicano solamente), a pesar de tener un CPO/D similar al del grupo caucásico, tuvieron un CPO/D con un alto número de dientes cariados (39 %, en comparación con el 16 % en el grupo caucásico). Asimismo, el grupo de raza negra tuvo el porcentaje más alto de dientes perdidos (3.7 %).

En Cuba antes del año 1959, gran parte de la población cubana era analfabeta, víctima del desempleo y el hambre, todo lo cual se reflejó sin duda, en el estado de su boca.

SISTEMA NACIONAL DE SALUD CUBANO Y DESARROLLO ESTOMATOLÓGICO A PARTIR DE LOS AÑOS 60´S.

El Sistema Nacional de Salud cubano viene realizando importantes reformas a partir de los años 60, como parte fundamental de las transformaciones del período revolucionario y no como una imposición de los tiempos actuales de unipolaridad, globalización, crisis económicas, demandas de equidad social, sino como una equidad del propio espíritu de la Revolución, como reflejo del respeto más absoluto de uno de los derechos humanos más importante de los ciudadanos del mundo.

En la antigua provincia de Las Villas, en marzo de 1969, se iniciaron las primeras experiencias con aplicaciones tópicas de fluoruro de sodio, pero fue a partir de noviembre de 1969 que se comenzó en el municipio Boyeros en Ciudad de La Habana, un programa de aplicaciones tópicas de flúor por el método de enjuagatorios a 14 000 escolares.

En ese mismo año se inició un proceso de desarrollo de acciones y actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, fundamentalmente en la población infantil, que ha posibilitado alcanzar indicadores de salud bucal comparables con los de países altamente desarrollados.

Un estudio realizado en 1971, que trató de conocer la morbilidad de la caries dental, se apreciaron los siguientes hechos:

- Que los individuos de 5 a 14 años observados, presentaban, como promedio, más de 7 dientes afectados por caries.
- Que entre 15 y 19 años existía 11 dientes cariados.
- En el grupo de 20 años y más, los dientes afectados, como promedio, pasaban de 13.
- Entre las edades de 5 a 14 años, la proporción de la población afectada, según los grupos examinados fue del 98 % y llegó en las edades siguientes hasta el 98.7 %.

Podemos decir que en términos generales existía una gran acumulación de extracciones y obturaciones a realizar.

Cuba inició en 1971 un Programa Nacional preventivo de la caries dental a escolares, basado en enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio al 0.02 %. En el Programa se utilizan como tratamientos electivos tabletas de fluoruro de sodio al 1 % de producción nacional en la preparación de las soluciones para los enjuagatorios.

Durante la Jornada Nacional para la Normación de la Estomatología, celebrada en la Ciudad de La Habana en febrero de 1972, se aprobaron las normas a seguir en las aplicaciones tópicas de flúor, que consisten en enjuague de la boca durante un minuto con una solución de fluoruro de sodio al 0.2 % cada 15 días.

El primer programa básico de atención estomatológica se elaboró en 1973, al confeccionarse el documento denominado "Los Programas Básicos del Área de Salud" (Libro Rojo).

Al cabo de 88 meses, los estudios realizados en 1977 ofrecen una idea de los resultados obtenidos durante los 7 años transcurridos a partir del comienzo de este programa, en que los niños entre 6 y 13 años de edad han recibido enjuagatorios bucales por un lapso de 15 días con una solución de fluoruro de sodio al 0.2 % desde el momento de erupción de los dientes permanentes.

En el año 1979 se instituyó el modelo de atención de la "Estomatología en la Comunidad" que establecía un cambio conceptual en la prestación de los servicios, pero manteniendo vigente el programa básico antes citado. En Agosto de 1984 es aprobado el Programa de Atención Estomatológica a la Población menor de 15 años y en septiembre de este propio año el Programa de Atención Estomatológica a la población con Retraso Mental, en tanto que en el año 1986 se aprueban los

Programas de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal y de Atención Estomatológica al Adulto

En la Conferencia Internacional sobre Fluoruros celebrada los días 3 al 5 de octubre de 1982, en Viena, convocada por la OMS y la Federación Dental Internacional (FDI), se comentó que el agua fluorurada no llegaba a todas las poblaciones, porque en muchas no existían acueductos, por lo que se propuso entonces realizar la fluoruración de la sal de consumo humano en esos territorios, teniendo en cuenta que esto abarataba los costos e incrementaba la población beneficiada, al poder consumir la sal, independientemente de contar o no con acueducto. La sal como vehículo de fluoruros, tiene la ventaja principal de que no se necesita una red de abastecimiento público de agua, y que además existían experiencias de países donde se había utilizado y se habían obtenido resultados similares a los del agua.

A partir del año 1989, como consecuencia de la desintegración de la Unión Soviética, la desaparición del campo socialista de Europa del Este y el incremento de las medidas de bloqueo del gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica. Cuba se ha visto sometida a serias restricciones económicas en todos los órdenes, lo que sin duda ha incidido negativamente en el estado de salud bucal de la población.

No dejando de garantizar en una red de Servicios integrada por Hospitales, Policlínicos, Clínicas y Servicios de Estomatología, Hogares Maternos, Hogares de Ancianos y Bancos de Sangre. Además dispone de una red de Centros Provinciales y Municipales de Higiene y Epidemiología; Institutos de Ciencias Médicas y Facultades y otras unidades.

Es en esta red donde se integran las funciones básicas del SNS: la asistencia, la docencia y la investigación, a través de Programas y Estrategias, siendo una de ellas la Estomatología, y organizados en una Carpeta Metodológica desde el año 1996, la que se analiza, actualiza y aplica cada año con la participación de los principales dirigentes de todo el Sistema, especialmente de su nivel municipal, por ser su objetivo fundamental el Fortalecimiento del Municipio.

DÉCADA DE LOS 90. PERÍODO ESPECIAL Y ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

En la década de los años 90 se afianzaron aún más las técnicas educativas y afectivo-participativas como método para incorporar hábitos y conductas adecuadas y modificar las inadecuadas en los niños, padres y maestros. Entre las diferentes vías educativas que el estomatólogo utiliza para lograr la comunicación figuran, además de las

citadas técnicas: entrevistas, discusión en grupo, charlas, audiciones sanitarias, círculos de interés, juegos didácticos y otras.

Como consecuencia del período especial se presentó limitaciones materiales que afectaron el buen funcionamiento de los servicios diagnósticos y terapéuticos así como la disponibilidad de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud, es por ello que el Ministro de Salud Pública; Dr. Carlos Dotres Martínez emite la Resolución Ministerial No. 232, del 29 de Diciembre del 2000. En la cual se estableció la reorganización de los servicios de salud.

A partir del año 2002 se ha evidenciado una recuperación de los servicios estomatológicos en Cuba que junto a la universalización de la enseñanza permitió que se llegara a la mayor cantidad de población estableciendo una relación médico-paciente desde los primeros años del pregrado. Con el desarrollo de las Maestrías de Amplio acceso en estomatología surge la Maestría en Urgencias Estomatológicas, acciones de superación, que junto a la remodelación de los servicios estomatológicos vinculados a los Programas de la Batalla de Ideas incidieron de manera positiva sobre la salud bucal de la población guantanamera al contar con equipos estomatológicos de última generación.

Desde año 2002 se implementa el Programa Nacional de Estomatología a la Población con actual vigencia estableciendo desarrollar JUVEDENTI para la atención de los adolescentes, apropiándose de las posibilidades y potencialidades de las comunidades y dando respuesta a las necesidades de estos grupos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su informe de salud oral del 2004, afirmó que la caries dentales sigue siendo un aspecto fundamental de las condiciones generales de salud en las Américas, por la importancia que la misma tiene como parte de la carga global de morbilidad, los costos relacionados con su tratamiento, pérdida de dientes y la posibilidad de aplicar medidas eficaces de prevención.

PROMOCIÓN DE SALUD BUCODENTAL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

En Cuba la Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades se ha ejecutado por más de 25 años. Desde 1969 se inició la aplicación de laca flúor en los niños de 2 a 5 años de edad en los Círculos Infantiles y en sus propios hogares. Así mismo se comenzaron a realizar actividades educativas con la población para crear hábitos correctos de higiene bucal e incrementar sus conocimientos. Paralelo a ello se fueron

modificando los planes de estudio, enfatizando en la Promoción de Salud y la integralidad de las acciones, capacitándose a profesionales y técnicos en técnicas educativas y afectivo-participativas que posibilitaron el trabajo con la población. Se trabajó en la integración con otros sectores, fundamentalmente educación, capacitando a profesores y educadores y a los líderes formales e informales de las Comunidades en los temas de interés de ellos y del subsistema de atención estomatológica, de acuerdo a la problemática de cada territorio.

Desde hace más de cuatro décadas en el país se han realizado diferentes acciones con el propósito de fomentar el desarrollo social, basados en la equidad y derecho de todas las personas a la salud y el bienestar, que constituyen hoy potencialidades para el desarrollo de la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

CONSIDERACIONES FINALES

La evolución histórica del proceso de prevención de urgencias estomatológicas provocadas por caries dentales en adolescentes ha tenido una evolución ascendente y en Cuba luego del triunfo de la Revolución cubana ha sido masificada hacia la atención primaria de salud con la implementación de programas estomatológicos como el JUVEDENTI y el trabajo en las escuelas

BIBLIOGRAFÍA

1. Basting Tarkany R, Serra Campos M. Educacao e monitoramento freqüente. Acompanhando a fase eruptiva de dentes permanentes posteriores e prevenindo cáries. Rev ABO Nac. 2006; 8(2): 111-5.
2. Bravo Seijas B. La Caries Dental como precursor de Urgencia Estomatológica en niños de círculos[internet]. La Habana : Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2010[citado 13 feb 2011]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/tesis_dra.beatriz_bravo.pdf
3. Barrancos Money J. Operatoria Dental. Argentina: Médica Panamericana; 2005.
4. Becerra M. Estado de la salud dental en Cuba. Programas. Sistemas de abastecimiento de agua. Fluoración natural y artificial. Rev Cubana Estomatol. 2007; 8(2).

5. Becerra M. Estado de la salud dental en Cuba. Programas. Sistemas de abastecimiento de agua. Fluoración natural y artificial. Rev Cubana Estomatol. 2005; 8(2).
6. Borroto R. Programa preventivo de la caries dental a escolares de Cuba basado en enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio. Rev Cubana Estomatol. 2007 : 221.
7. Borroto R. Programa preventivo de la caries dental a escolares de Cuba basado en enjuagatorios con solución de fluoruro de sodio. Rev Cubana Estomatol. 2007; 11 : 221.
8. Campanioni F. Contribución a la historia de la estomatología cubana. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2007.
9. Factores de riesgo en la producción de enfermedades bucales en los niños. Rev Cubana Estomatol. 2008; 39 (2): 111 – 119.
10. García de Valente M. Alteraciones bucales en pacientes con trastornos en la alimentación. Asoc Argent Odontol P Niños. 2007; 28(4): 3.
11. González MC, Gómez SS. Experiencia de caries en molares temporales, como predictor de la experiencia de caries en el primer molar (abstract). Rev FAC Odontol Univ Valparaíso. 2006; 2(6):460-466.
12. Jaén FR. Mecanismos del Dolor Orofacial. Rev Odontol. 2010; 19(1): 32-36.
13. Kriger L. Promoción de Salud Bucal. 2ªed. Sao Paulo: Artes Médicas; 2006.
14. Normas de Estomatología. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2005.
15. Massó. El Manual de Odontología. Barcelona : Interamerica McGraw Hill; 2006.
16. Maier FT. Fluoruración del agua potable. Washington D.C.: OPS/OMS; 2006.
17. Material de Apoyo. Estomatología Social IV. Historia de Salud Bucal Familiar. 2007.

18. Murray J. El uso correcto de fluoruros en salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
19. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington: OPS; 2006.
20. Organización Panamericana de la Salud. La salud en Las Américas. Washington DC: OPS, 2004.
21. Ramírez BS, Torres LS. Perfil bucodental de los niños matriculados en el grado preescolar. Área urbana del municipio de Caldes. Rev Fac Odontol Univ Antioquia. 2007.
22. Rivero López A, Cantillo Estrada, Gispert Abreus E, Jiménez Arrechea JÁ. Relación de la experiencia anterior con la posterior actividad cariogénica en escolares de 7 a 14 años. Rev Cubana Estomatol. 2009; 37 (3):162-5.
23. Torell P Ericsson Y. Two year clinical test with different methods of local caries preventive fluorine application in Swedish school children. Acta Odont Scand. 2005; 23:287.
24. Torell P, Ericsson Y. The value in caries prevention of methods for applying fluoride topically to the teeth. Int Dent J. 2006; 17:564.