

Técnicas preventivas en Odontopediatría (*)

Su aplicación a nivel de asistencia colectivizada y consultorio privado

Dra. MARIA ISABEL RAMOS DE ROMAN (**)

Dra. MARTHA IVONNE BAGNASCO (***)

PALABRAS CLAVES: -SALUD
- ODONTOPEDIATRIA
- PREVENCIÓN

INTRODUCCION

El 12 de setiembre de 1978 se reunió en Alma Ata (URSS) la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud convocada por OMS/UNICEF. Dicha conferencia, realizada al más alto nivel, llegó a determinar la necesidad de encarar las acciones de salud según lo que se ha dado en llamar "ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD". Atención Primaria constituye un conjunto organizado de actividades de carácter multisectorial, aplicables al individuo, familia y medio ambiente, dirigidos a elevar las condiciones sanitarias favoreciendo una respuesta apropiada y permanente que asegure en el mayor grado la participación de la comunidad. (1)

La Atención Primaria en Salud comprende las siguientes actividades:

- Suministro de alimentos y nutrición adecuadas.
- Abastecimiento suficiente de agua potable y saneamiento básico.
- Asistencia materno-infantil y planificación familiar.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención contra las enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento de enfermedades y traumatismos comunes.

- Suministro de medicamentos esenciales.

Todo esto tiende a alcanzar la meta propuesta por la OMS de "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000".

Es hora ya que los Odontólogos comprendan que estas actividades los comprometen para su cumplimiento simultáneamente con la Profesión Médica. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ODONTOLOGIA es un conjunto organizado de acciones aplicadas al individuo y su medio ambiente destinadas a elevar el nivel de su Salud Bucal y de la comunidad que integran.

Para lograr el cumplimiento de la Atención Primaria en odontología, la Asamblea Mundial de la FDI reunida en Río de Janeiro en setiembre de 1981, aprobó por unanimidad el siguiente Documento elaborado por el Grupo de Trabajo Mixto OMS/FDI denominado "METAS GLOBALES PARA LA SALUD BUCAL EN EL AÑO 2000". (2) Las Metas Globales propuestas, que deberán ser luego adecuadas según cada país, región o grupo humano son las siguientes:

- META 1 - El 50% de los niños de 5-6 años de edad estarán libres de caries.
- META 2 - El promedio global no será mayor de 3 dientes CPO a los 12 años de edad.
- META 3 - El 85% de la población deberá mantener todos sus dientes a los 18 años de edad.
- META 4 - Se logrará una reducción del 50% en los niveles actuales de desdentamiento a los 33-44 años de edad.

(*) Recibido para publicar: Abril de 1982.

(**) Profesor Adjunto de Odontopediatría y Docente del Curso de Post Grado de Odontopediatría; Facultad de Odontología de Montevideo; Ex Asistente del Departamento de Odontología del Hospital de Clínicas.

(***) Profesor Adjunto de Odontopediatría y Encargado del Curso de Asistentes Dentales; Facultad de Odontología de Montevideo.

META 5 - Se logrará una reducción del 25% en los niveles actuales de desdentamiento a los 65 o más años de edad.

META 6 - Establecer un Banco de Datos para controlar los cambios en la salud bucal.

También se determinó en esta Conferencia que: "Se deben preferir en lo posible las metas positivas de aumento en la proporción de personas libres de enfermedad a las de reducir los niveles de enfermedad". Esto significa que las acciones deberán estar encaminadas, preferentemente, al Fomento de la Salud y la Protección Específica, aunque sin descuidar las acciones en los otros Niveles de Prevención.

El cumplimiento de estas actividades harán posible el logro de las metas propuestas sólo si cada integrante de la Profesión Odontológica, ya sea del sub-sector privado como del colectivizado (estatal, paraestatal o privado), actúan según estos lineamientos. Corresponde destacar la importancia fundamental que adquiere el cumplimiento de estas acciones en la asistencia odontológica de los grupos etarios infantiles por todas las ventajas que ello supone.

Siguiendo entonces los precedentes lineamientos se enumerarán las Técnicas Preventivas para las principales afecciones bucales aplicables al grupo etario infantil, ya sea a nivel de Asistencia Colectivizada o de Consultorio Privado, y que de acuerdo a los conocimientos y las disponibilidades actuales pueden ser aplicadas en nuestro medio hoy.

I - ASISTENCIA COLECTIVIZADA

La Asistencia Colectivizada en Odontología es ya una realidad que busca respuestas efectivas a los fracasos demostrados por las acciones individuales en el control de las enfermedades bucales de la comunidad.

Dice Darío Restrepo (3): "Las faltas notorias de la profesión no radican en ella misma sino en **nosotros** que la hemos objetivado. Hemos 'aislado' varios tipos de odontología, aunque pretendamos manifestar que existe uno solo: el 'educacional' que vimos como 'altamente técnico' inicialmente, y que maquilamos luego con 'alto contenido biológico' finalmente en la década del 60 y aún en esta del 70, innovamos agregándole el 'contenido

social' y el 'humanístico'; y continúa Restrepo: "Se debe desarrollar no un modelo de odontólogo sino un sistema de atención que pueda tener manifestaciones complejas, aplicables a unos pocos, con acciones complejas y poco numerosas, al lado de acciones simples para muchos con una gran satisfacción comunitaria para quien la realiza".

La Odontología pues deberá abarcar el doble aspecto en su práctica, asistiendo al individuo (práctica privada) y a la comunidad (práctica colectivizada). En ambos campos su ejercicio deberá responder a una **FILOSOFIA PREVENTIVA**, aplicando nuevas **TECNICAS Y SISTEMAS ERGONOMICOS DE TRABAJO, DELEGANDO TAREAS EN PERSONAL AUXILIAR CAPACITADO**. Sólo actuando sobre estas firmes bases de apoyo podremos obtener en el futuro resultados efectivos.

I - 1. Esquema de una Odontología Comunitaria Efectiva

Dado que nuestro tema se circunscribe a las técnicas básicamente preventivas, limitaremos el desarrollo de este punto a dicho aspecto.

I - 1.1 Educación para la salud

No puede concebirse la ejecución de una odontología que presuma de preventiva si la misma no va acompañada o más aún, precedida de un Programa Educativo. (4)

La comunidad debe compartir con los Técnicos la responsabilidad de su salud, y para ello será necesario que se encuentre educada al respecto. La Educación para la Salud de la comunidad será una tarea compartida entre Profesionales de la Salud, Técnicos en Educación, Publicistas, Medios de Difusión, etc. y en fin, cada miembro de la Comunidad. Será necesario que el Odontólogo conozca más aún que las Técnicas Educativas, los recursos de que dispone para realizar Educación. La función educativa directa será mínima en comparación con aquella indirecta o por reflejo que se cumpla a su alrededor a través de otras personas que, generalmente más capacitadas en el área de la educación, hayan recibido del odontólogo los elementos técnicos a retransmitir.

La Educación para la Salud tiene como propósito la formación del Hombre en base al

mejoramiento de su familia y por lo tanto de la comunidad; ello se logrará actuando sobre:

- el Individuo y la Comunidad ya sean sanos, en trance de enfermar o enfermos; y
- Las Instituciones.

La Educación para la Salud se referirá a los siguientes puntos básicos:

- a) **Formas higiénicas y preventivas:** versará sobre las principales enfermedades, su etiología y los métodos de prevención existentes.
- b) **Servicios de Salud:** se informará acerca de sus características, ubicación geográfica, modo de acceso, etc. de modo de lograr su mejor y más efectiva utilización.
- c) **Importancia de la participación individual en el problema de la Salud:** de este modo se podrá lograr el apoyo comunitario para la realización de los programas, la más fácil destrucción de barreras, etc.

La Educación para la Salud no es una tarea fácil; tampoco es una inversión a corto plazo, pero sí es una siembra cuyos resultados, aunque lentos, serán el cimiento de la Salud de las comunidades futuras.

Resumiendo:

Entendemos que la Educación para la Salud a las Comunidades si bien puede ser hecha por el Odontólogo, si éste completa su formación científica biológica con una formación acorde en Ciencias de la Educación y Ciencias Sociales, será realizada de preferencia por Pedagogos, Educadores, o Técnicos en Publicidad a quienes el Odontólogo proveerá de los conocimientos técnicos odontológicos básicos. Esta solución ha demostrado ser no sólo más económica sino además más efectiva.

Respecto a los puntos básicos que creemos deben ser considerados en todo Programa Educativo para la comunidad, destacamos:

- a) Educación y motivación sobre Odontología y básicamente sobre Odontología para la Salud.
- b) Etiología de las principales enfermedades odontológicas donde destacamos la educación sobre Placa Bacteriana y su control: métodos de revelado y desorganización.
- c) Alimentación y dieta donde incluimos como elemento básico el conocimiento del Fluor y su acción preventiva.

d) Hábitos personales que comprenderá hábitos alimenticios, higiénicos, posturales; etc.

Cabe destacar que la Educación a nivel masivo tiene ciertas limitaciones dadas por lo amplio y variado del auditorio a quién va dirigida por lo que nuestro mensaje deberá ser adecuado a un nivel medio de entendimiento.

La utilización de Medios Masivos de Comunicación, si bien permite una gran cobertura simultánea, limita la profundidad de la Educación brindada la que deberá ser luego reforzada y profundizada ya sea trabajando con grupos más pequeños o aún en forma individual contándose con la ventaja de trabajar sobre individuos ya informados o sensibilizados. Recordemos pues que todas estas acciones se consideran complementarias unas de otras.

Creemos que merece la pena dedicarle algunas frases a uno de los puntos principales en Educación para la Salud de las Comunidades: acerca de problemas odontológicos que es el relativo a la Placa Bacteriana; su revelado y control. Su enfoque comunitario diferirá en algo del clásico enfoque del consultorio privado ya que la vastedad y lejanía del auditorio al que nos dirigimos dificultará nuestra acción educativa. Centraremos nuestra educación pues en los puntos más importantes:

- a) ¿Qué es la Placa Bacteriana y dónde se encuentra? en la Placa
- b) ¿Cómo podemos visualizarla?; recomendamos técnicas de visualización prácticas y accesibles a todos como pueden ser los Colorantes vegetales de uso en repostería (preferentemente los colores azul y verde) por su fácil adquisición y manejo.
- c) ¿Qué acciones tiene la Placa Bacteriana sobre las estructuras bucales?.
- d) ¿Cómo controlar el desarrollo de la Placa Bacteriana?: si bien el cepillado gingivo dentario no tiene una efectividad del 100% en la desorganización de la Placa Bacteriana (caras proximales; 1/3 cervicales de caras libres, dientes en malposición, etc.) consideramos que, en Educación a grupos es la única medida que deberá recomendarse, ya que la utilización de elementos complementarios para la higiene (palillos interdentarios, seda dental, etc.) o técnicas de cepillado más complejas, pueden convertirse en elementos agresivos.

res para los tejidos de soporte dentarios al no poder ser controlada en forma directa la acción del paciente.

- e) ¿Qué elementos usar para la higiene?; se indicará el uso de cepillo dental, agua y dentífrico del que se aconsejará la elección de cualquier marca dentro de aquellos fluorados existentes en nuestro mercado.
- f) Frecuencia de la higiene; se indicará la necesidad de efectuar el cepillado inmediatamente después de la ingestión de cualquier alimento.
- g) Edad para comenzar la higiene bucal; se hará énfasis en la necesidad de mantener la higiene bucal en bocas **sin** y **con** dientes ya sean éstos naturales o artificiales, y se aconsejará en los niños pequeños, comenzar la higiene dentaria tan pronto como el niño tenga órganos dentarios en su boca.

I - 1.2 Fluoroterapia

La reconocida importancia de esta medida preventiva de enfermedades bucales, sobre todo a nivel dentario, nos exime de todo comentario. La lucha de la Profesión por la rápida sanción de la Ley de Fluoruración Artificial de las Aguas de Consumo Público, a través de las Instituciones representativas, pero más aún a través de la acción individual y constante de cada integrante de la familia odontológica, es una obligación moral que no podemos desconocer. El mantenerse al margen aduciendo falta de información o dudas al respecto de este tema es CONVERTIRSE EN RESPONSABLE DE LA ENFERMEDAD DE SUS SEMEJANTES.

Respecto a la utilización de comprimidos fluorados como sustituto de la fluoración controlada de las aguas, no entraremos en su consideración ya que esta medida no puede considerarse de aplicación comunitaria al requerir un control permanente del Profesional sobre cada individuo para lograr su continuidad y regularidad en el consumo del Fluor. Por lo mismo, cuando el grupo en cuestión reúna estas condiciones (Internados, Escuelas, etc.) su aplicación será factible.

Fluoroterapia Tópica: (5) (6)

Basándonos en afamados trabajos realizados en los principales Centros de Investigación mundiales así como en las Experiencias Clínicas

al respecto, hemos llegado a la conclusión de que la mejor medida de fluoroterapia tópica aplicable a grupos es la utilización de ENJUAGATORIOS FLUORADOS. Esta técnica presenta como ventajas: su practicidad, efectividad, bajo costo, escasa necesidad de tiempo profesional y amplia posibilidad de cobertura simultánea.

Para poder determinar los pormenores de la técnica a aplicar: tipo de solución a utilizar, concentración del ión fluoruro, frecuencia de las aplicaciones, etc., veremos un esquema de los diferentes estudios realizados:

- a) Soluciones fluoradas estudiadas:
 - F Na neutro.
 - F Na acidulado.
 - F PO₄ acidulado.
 - F Sn.
 - Fluoruros aminados.
 - F Na Mg.
- b) Concentraciones convenientes de ión fluoruro:
 - F Na neutro al 0,02% para uso diario.
 - F Na acidulado al 0,2% para uso quincenal.
 - F PO₄ acidulado al 0,02% cinco veces por semana.
 - F Sn al 0,015% para uso diario.
 - F Sn al 0,5% para uso quincenal.
- c) Volumen de solución a utilizar en cada enjuagatorio:

Se determinó que la cantidad óptima es de 6-7 c.c. ya que:

 - hay menos dilución por la saliva.
 - hay menos tendencia a tragarlo.
 - se escurre menos de la boca.
 - es más cómodo.
- d) Tiempo de duración de cada enjuagatorio:

Se determinó el óptimo en 1-2 minutos porque:

 - se logra menos dilución por la saliva.
 - hay menos tendencia a tragar.
 - se pierde menos por las comisuras.
 - se tolera mejor.
- e) Edad indicada para comenzar el tratamiento:

Se encontró que la edad ideal para comenzar eran los 6 años ya que previamente a esa edad la maduración neuro muscular del niño no permite obtener seguridad en que el niño realice el enjuagatorio y no trague la droga.
- f) Cuidados o precauciones previas a la iniciación del tratamiento:

Todos los pacientes deberán ser entrenados previamente a la realización de la técnica utilizando soluciones placebo hasta obtener seguridad en la misma.

Conclusiones sobre la técnica a utilizar:

SOLUCION: F Na neutro.
CONCENTRACION DE FLUORURO: 0,02%.
VOLUMEN DE CADA ENJUAGATORIO: 6 cc.
TIEMPO DE CADA ENJUAGATORIO: 1 minuto.
INTERVALO DE REALIZACION: diariamente.
EDAD DE INICIACION DE LA TECNICA: 6 años.
CUIDADOS PREVIOS A LA INICIACION: entrenamiento con soluciones placebo.

Técnica de alternativa:

En aquellos grupos que, por sus características propias no sea posible el intervalo diario, se podrá utilizar la técnica siguiente:

SOLUCION: F Na acidulado.
CONCENTRACION DE FLUORURO: 0,2%.
VOLUMEN DE CADA ENJUAGATORIO: 6 c.c.
TIEMPO DE CADA ENJUAGATORIO: 1 minuto.
INTERVALOS DE REALIZACION: quincenal.
EDAD DE INICIACION DE LA TECNICA: 6 años.
CUIDADOS PREVIOS A LA INICIACION: entrenamiento con soluciones placebo.

Efectos logrados con estas técnicas:

- a) Reducción de caries: hasta 60% con enjuagatorios diarios; hasta 40% con enjuagatorios quincenales.
- b) Disminución de la formación de ácidos.
- c) Disminución de la flora bucal (Placa Bacteriana).
- d) Aumento de la resistencia genuina del esmalte.

Técnicas de Fluoroterapia Tópica a aplicar en niños menores de 6 años

Siguiendo un razonamiento similar llegamos a la determinación de que la técnica de mayor efectividad sería la de aplicaciones tópicas periódicas de GELES FLUORADOS REALIZADAS POR LA Higienista Dental.

La técnica recomendada será:

PRODUCTO: F Na acidulado en una base de carboximetilcelulosa.

CONCENTRACION: 1,23% de Fluoruro y 0,2 M de PO_4H .

VOLUMEN PARA CADA APLICACION: 1 a 2 c.c. por cubeta.

TIEMPO DE APLICACION: 4 minutos.

INTERVALO: cada 6 meses.

EDAD DE INICIACION: 4 años.

CONDICIONES PREVIAS: eliminación de la Placa Bacteriana por medios mecánicos; aislación de la saliva; utilización de cubetas adaptadas al caso.

Técnica de alternativa:

Quando se trate de niños muy pequeños (menos de 4 años) o mayores que por condiciones especiales no toleren las cubetas, se podrán sustituir las mismas por la utilización de copitas de goma para profilaxis accionadas a torno a baja velocidad. De este modo se llevará el fluor en contacto con los dientes. Si bien la efectividad de esta técnica puede ser menor, podremos acortar los intervalos y motivar al niño para la aplicación de la técnica de las cubetas.

I - 1.3 Controles periódicos y rol del Odontólogo Comunitario

Si bien en nuestro medio es poco frecuente la especialización para Salud Pública en Odontología (7), quienes desempeñan cargos directrices en Odontología Comunitaria deberán ser por lo menos autoformados al respecto de modo de asegurar servicios eficientes.

El Odontólogo Comunitario deberá integrar plenamente su función a los Servicios de Salud total de la comunidad y cooperar plenamente con el Equipo de Salud. Sólo así la Odontología ocupará el lugar que le corresponde dentro de los planes de salud. Los Controles periódicos de salud bucal (Carné de Salud Bucal por ejemplo) no son más que una muestra de medidas colectivas tendientes a sensibilizar tanto a la población en general como a las profesiones afines acerca de la importancia del mantenimiento de la salud bucal.

II - CONSULTORIO PRIVADO

Dadas las características que rodean a la consulta privada: relación individual, comunicación más íntima y seguimiento controlado, es donde podemos enfatizar más todas las técnicas preventivas ya planteadas. Si bien nos referire-

mos únicamente a nivel de pacientes infantiles, recordemos que nuestra meta es la formación de individuos sanos para el futuro, y que, al mismo tiempo en que estamos formando a nuestros pacientes, influimos directa e indirectamente en el núcleo familiar. Todas nuestras acciones dependerán en su concreción de la motivación y el grado de colaboración de nuestros pacientes y de las personas responsables socialmente de ese niño, de tal forma que nunca nos sentiremos satisfechos de lograr únicamente la comunicación con nuestro paciente si no estamos apoyados en un refuerzo familiar constante. De allí, que el Odontólogo que atiende niños, aún en la consulta privada, actúa de alguna forma con carácter comunitario ya que formará Promotores de Salud en cada uno de sus pacientes niños.

¿Cómo puede el Odontólogo de nuestro País actuar preventivamente en cada uno de sus pacientes infantiles?.

II - 1. Educación para la Salud

Todos nuestros pasos partirán de una Educación para la Salud que se adecue a cada paciente y su núcleo familiar, la que además será continua y actualizada. Debemos informar simple y claramente a nuestro niño (según la edad sicosomática) y a sus padres, sobre las enfermedades bucales y su etiología. Cada uno de nosotros sabrá usar el lenguaje adecuado a quien va dirigida nuestra información; no sólo tenemos que explicarle a los padres claramente sobre estos tópicos, sino que no olvidemos de explicar a nuestro paciente lo mismo, usando, por supuesto, el lenguaje acorde a su edad física y mental. No nos confiemos en que explicando a los padres ya hemos cumplido con nuestra responsabilidad. Esto es un error, pues supone menospreciar la capacidad de aprendizaje de cada niño y desaprovechar justamente la base fundamental donde se apoyará todo el mecanismo de formación de un paciente futuro en estado de salud.

Debemos investigar mediante interrogatorios y cartillas la dieta de nuestro paciente para poder actuar sobre una de las causas más frecuentes de enfermedad (generalmente caries). Son pocos los casos en que tendremos que actuar modificando radicalmente la dieta (caries rampante, de chupete con azúcar o miel,

de mamadera); generalmente lo que tendremos que hacer será racionalizar esa dieta de tal forma que, conteniendo los mismos elementos, estos sean ingeridos de manera que no resulten nocivos o por lo menos disminuyan notoriamente su nocividad. Muchas veces el niño consume carbohidratos, pero no es tanta la cantidad sino que lo hace en forma espaciada y repetida en el correr del día; informaremos sobre el control que debe hacerse al respecto, en cuanto a cantidad, frecuencia, tipos de dulces más nocivos y la importancia de una dieta balanceada.

Cuando se trate de pacientes muy pequeños comprobaremos que se esté realizando en forma correcta el cambio de alimentación en cuanto a su consistencia.

Dentro de nuestra educación controlaremos también la presencia de posibles hábitos y sus consecuencias. Es también Educación para la Salud el saber manejar correctamente a nuestro paciente, de tal forma de evitarle cualquier traumatismo síquico o temor que pudiera generarse en el consultorio o en referencia a la odontología. No olvidemos que una de las enfermedades más comunes que afectan a la comunidad en relación con la Odontología es el temor a la misma; debemos reconocer en nosotros mismos una de las fuentes de ese temor.

La odontología para niños ha avanzado notablemente en los últimos años, de tal forma que contamos con una odontología dinámica y adaptable a cada paciente según la edad física y mental y ella respeta justamente el evitarle cualquier dolor o molestia innecesaria. Recordemos que al tratar niños tenemos la ventaja de actuar muchas veces en un terreno virgen, pero la tremenda responsabilidad de poder iniciar nosotros a un paciente hacia su salud física y mental o generar ya fobias odontológicas.

Educación sobre Placa Bacteriana y su control (4)

Informaremos sobre lo que es la Placa Bacteriana (al paciente y a sus padres), cómo se va formando y cómo podemos visualizarla. Usamos los colorantes indicados para su visualización y se la haremos ver al niño y sus padres (siempre contamos con un espejo de mano para que el niño siga nuestras acciones directamente). Hacemos que el paciente, solo o con ayuda (según la edad) trate de desorganizar la Placa

orientándolo en la técnica del cepillado. Esta orientación podrá ser hecha por el Odontólogo o la Higienista Dental. Le indicaremos el uso de dentífrico fluorado pero recalcando la importancia del cepillado por su acción mecánica fundamentalmente. Se le enseñará también, en caso necesario, el uso de dispositivos para la higiene de los espacios interdentarios, básicamente el hilo de seda dental.

II - 2. Técnicas de fluoroterapia

Adecuaremos las técnicas según las necesidades y la edad de cada niño. No olvidemos que, mientras no se fluoruren las aguas de nuestro País, debemos administrar los comprimidos de fluor haciendo hincapié en la importancia del mantenimiento de la dosis adecuada y de su consumo diario y continuado. Indicamos que los mismos comprimidos sean disueltos en la boca o masticados, de tal forma que cumplan también con su acción local. Es en el consultorio donde podemos motivar más para la aplicación de técnicas de fluoroterapia tópica. Contamos para ello con los enjuagatorios diarios o quincenales (ya han sido explicadas las condiciones que deben establecerse para su aplicación).

Contamos también con los Geles Fluorados para uso en el consultorio; su aplicación se hará cada 6 meses o menos según las necesidades del paciente. Algunas veces, fundamentalmente cuando comienza la erupción de los molares seis, la topicación con geles puede hacerse únicamente en estas piezas y tener una frecuencia mayor (cada 15 días o 1 mes) para colaborar en la maduración específica de estas piezas. Otras veces ocurre lo mismo en los sectores laterales. Todo esto se realiza sin dejar de mantener la frecuencia de la topicación total de 6 meses.

Algunas veces, en pacientes mayores de 7 años con múltiples caries, con gran actividad cariogénica, con formación fácil de Placa Bacteriana, indicamos que uno de los cepillados diarios sea realizado con gel fluorado (gel fluorado para cepillado de uso domiciliario) en sustitución del dentífrico. Debe ser seguido de un enjuagatorio para eliminar el exceso de gel.

En la etapa del recambio, es frecuente ver inflamaciones gingivales que requieren un

cuidado más continuo de la técnica de cepillado y a veces el uso de soluciones salinas temporariamente.

II - 3. Sellado de fisuras (8)

Apenas van erupcionando las piezas permanentes debemos ir sellándoles sus fosas y fisuras, de tal forma de evitar la formación de Placa Bacteriana o de sus posibles consecuencias. Hecho el sellado se realiza la topicación individual con fluor de esas piezas que han sido sometidas a un proceso de descalcificación, de tal forma que el fluor va a penetrar más profundamente en las zonas que rodean al sellante.

II - 4. Desgastes selectivos, mantenedores de espacio, control de la secuencia

Según la evolución del aparato dentario, se hará necesario hacer desgastes en la dentición temporaria, de facetas dentarias, que signifiquen trabas, generalmente ocurre a la altura de los caninos y segundos molares caducos superiores o inferiores.

Ante la pérdida prematura de dientes caducos no olvidemos la importancia de la instalación inmediata del mantenedor adecuado.

Debemos mantener el control de la secuencia eruptiva correcta.

II - 5. Controles periódicos

Todos nuestros esfuerzos preventivos deben apoyarse en un seguimiento continuo de nuestro paciente. Múltiples son las ventajas y posibilidades que de ello derivan, como ser:

- Seguimiento de nuestras acciones terapéuticas. Comprobar si todas nuestras técnicas terapéuticas siguen cumpliendo adecuadamente con su función.
- Seguimiento de nuestras acciones preventivas. Es fundamental el refuerzo positivo que debe darse a todas las técnicas preventivas, ya sea en el control de la Placa Bacteriana, el consumo continuo de los comprimidos fluorados, el uso de los enjuagatorios, el control de la dieta, la persistencia o no de hábitos nocivos, etc. Es importante recalcar la labor que pueda desempeñar la Higienista Dental en estos controles.
- Control del estado bucal. Presencia o no de Placa Bacteriana. Estado de los sellantes.

Detección precoz de alteraciones, ya sean gingivales u oclusales. Presencia de procesos cariosos incipientes. Control de la secuencia eruptiva, etc.

- Reforzar la motivación de nuestro paciente y el núcleo familiar en la importancia de la salud bucal en el contexto de un individuo sano.
- Mantenimiento de las relaciones cordiales entre los pacientes y el grupo profesional.
- Fomentar en el niño la importancia y ventajas que supone el control en estado de salud.

III - CONCLUSIONES

III - 1. La Odontología debe asumir su Rol Comunitario de modo de poder cumplir con los postulados de la Atención Primaria de la Salud. El odontólogo general, y más aún aquel que atiende niños, debe recordar que su acción traspasa los límites del consultorio al formar a sus pacientes como verdaderos Promotores de Salud cuya repercusión familiar y comunitaria extiende las acciones iniciales.

III - 2. No desconocemos la importancia de la Odontología Rehabilitadora ni el valor de sus técnicas, pero, si estas acciones no van acompañadas o más aún guiadas por la aplicación y el cumplimiento de normas educativas preventivas (tanto de parte del Profesional como del paciente) escaso será el éxito que de ellas se pueda esperar.

III - 3. Si bien nuestro enfoque preventivo ha sido dirigido a la población infantil, es importante que todos los odontólogos, aún aquellos que no atienden ningún niño, recapaciten sobre la importancia que tiene el hecho de que seamos toda la profesión la que se vuelque netamente con un enfoque preventivo al ejercicio de su labor, aplicando en todo momento los principios preventivos que se le han dado a través de su formación profesional y que absolutamente todos los pacientes (ya sean privados o no) tienen derecho a recibir, obteniendo así un beneficio indiscutible.

III - 4. Una Odontología organizada, de filosofía preventiva y que utilice adecuadamente los recursos materiales (tecnología

moderna) y humanos (personal auxiliar) permitirán obtener a la vez la disminución en la incidencia de enfermedades o secuelas presentes haciendo cada vez más factible la meta impuesta por la O.M.S. de "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000".

IV - RESUMEN

Se ha tratado de describir en forma esquemática las técnicas de prevención que deben ser aplicadas a los pacientes infantiles, ya sea en su asistencia colectiva como privada.

Se ha pretendido motivar a la Profesión en la aplicación de técnicas sencillas, eficaces y a su alcance en nuestro medio.

Se ha recalcado la importancia fundamental y las ventajas que se logran con la práctica de una ODONTOLOGIA DIRIGIDA HACIA LA SALUD.

V - SUMMARY

We have tried to describe in a brief and schematic way the different prevention techniques to applied in children; both private and institutional.

It has been intended to promote dentistry in order to obtain a better frequency in the application of these efficient and usefull procedures which are possible to practice in our country.

It has been emphasized the importance and advantages in practicing the dental profession towar the area of HEALTH.

VI - BIBLIOGRAFIA

- 1) OMS/UNICEF - Atención Primaria en Salud. Ginebra 1978.
- 2) OMS/FDI - Salud Bucal Año VIII (48): 11-13 (1981).
- 3) RESTREPO, D. - Congreso ALAFO: 5-8 marzo 1978.
- 4) KATZ, S.; Mc DONALD, Stookey. - Odontología preventiva en acción. 1a. Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1975.
- 5) ISSAO, M. - Curso dictado en la Asociación Odontológica Uruguay, año 1976, 1ro. Jornadas Internacionales de Odontología Preventiva.
- 6) FORRESTER y SCHULZ. - International Workshop on fluorides and caries reduction. Baltimore, 1974.
- 7) HOLLOWAY, Swallow. - Salud dental infantil. 1a. Ed. Mundi, Buenos Aires. 1979.
- 8) SILVERSTONE, L. - Odontología preventiva. 1a. Ed. Doyman S.A. Barcelona 1980.