

V.A.A.A.

34 SEMINARIO ODONTOLOGICO LATINO AMERICANO SEMINARIO DE ODONTOPEDIATRIA



**Tema General: La evolución de la
Odontología en la última década**



F.2629..

Dr. Horacio Fioretti

En el mes de enero de 1994 fuimos invitados a participarr con otros colegas, en el 16o Congreso Paulista de Odontología y en el 34o Seminario Odontológico Latino-Americano, cuyo tema general fue:

"La evolución de la Odontología en la última década"

Intervenimos en el Area de Odontopediatria como miembro seminarista, conjuntamente con los Dres.:

Herrera, Benjamín Gómez

Walter, Luis Reynaldo de Figueiredo

Correa, María Salete N. Pires

Previamente se nos formularon cuatro preguntas que debimos contestar por escrito, asignándonos especialmente una a cada uno de los seminaristas para desarrollar en profundidad.

1- Nuevos abordajes en las preparaciones cavitarias en Odontopediatria en la era de la prevención

Dra. Correa, María Salete N. Pires.

2- Que enfoque debe ser dado para la atención Odontológica de bebes

Dr Walter, Luis Reynaldo de Figueiredo.

3- Coronas de acero o restauraciones tipo INLAY/ONLAY:

¿Cuáles son los parámetros para indicarlas?

Dr Horacio Fioretti.

4- Ionómeros de vidrio, ¿es un material eficaz en la adecuación del medio bucal en pacientes con alta incidencia de caries?

Dr. Herrera, Benjamín Gomez

Ponemos a disposición del lector nuestras respuestas. Como se podrá apreciar, realizamos una **única fundamentación** para las cuatro respuestas, que representa - a nuestro entender - los pilares básicos sobre las que deben sustentarse todas las contestaciones a cualquier tipo de interrogante planteada.

Dr. Horacio Fioretti.



Cuando comenzamos a desarrollar las respuestas a las interrogantes planteadas nos sugieron muchas ideas, quizás en forma desordenada.

Sabíamos que ordenarlas y redactarlas no sería fácil, pero de lograrlo con éxito nuestra intervención aportaría a este Seminario Latinoamericano la posibilidad de enriquecer y profundizar la discusión de nuestras experiencias que compartiremos con tan prestigiosos colegas, buscando el enriquecimiento mutuo y lo que consideramos la esencia de este evento: la transferencia real de conocimientos en beneficio de nuestras poblaciones.

3.-Coronas de acero o restauraciones tipo INLAY/ONLAY:
¿Cuáles son los parámetros para indicirlas?

FUNDAMENTACION

"De todos los Servicios que se ofrecen a los pacientes ninguno es más beneficioso que aquel dado a fin de preservar la salud".

P. Keyes

Porque estamos cada vez más convencidos de la contundencia de las afirmaciones de este genial investigador es que elegimos esta cita, para iniciar la fundamentación común a todas las preguntas que se me realizan.

Pensamos que los parámetros para la indicación de cualquier tipo de terapéutica deben fundamentarse en el **DIAGNOSTICO INTEGRAL** de nuestros pacientes, el cual nos permitirá poder elaborar un **PLAN DE TRATAMIENTO RACIONAL Y VIABLE** para dicha persona considerada un ser biológico y social en continuo cambio (figura 1).-

**DIAGNOSTICO Y PLAN
DE TRATAMIENTO
DE SERES HUMANOS**

***INTEGRAL
*RACIONAL
*VIABLE
*DINAMICO**

Horacio Florestti

Figura 1

Diagnóstico y plan de tratamiento elaborado con **CRITERIO PROSPECTIVO**, es decir ideando permanentemente las estrategias que le permitan a esas personas lograr salud y mantenerla en el futuro.

Este estudio dinámico -que consideramos debe ser la esencia de nuestra formación académica curricular- nos lleva a entender que fundamentalmente se nos presentan dos opciones: **LA TERAPEUTICA PREVENTIVA** y **LA TERAPEUTICA REHABILITADORA**. Opciones que -si bien utilizan diferentes "técnicas" para su realización- se deben concebir como complementarias, porque se sustentan en una única filosofía de práctica integral que busca ayudar y/o mantener la salud de nuestros pacientes. (figura 2)



Figura 2

Por otra parte, corroborando lo afirmado, disponemos cada vez de más información científico-técnica sobre las medidas que previenen y controlan efectivamente las enfermedades más prevalentes (caries y paradenciopatías) y su instrumentación y aplicación efectiva en muchos países.

Paradójicamente, nuestras poblaciones latinoamericanas están cada vez más enfermas.

Si bien no nos atreveríamos a desarrollar todas las causas por las cuales creemos se da esta realidad, ya que consideramos nuestra formación insuficiente, tomaremos sólo un aspecto que consideramos importante y en íntima relación con los fundamentos que estamos desarrollando.

Hagámonos la siguiente pregunta:

¿Cuándo podemos afirmar que se han obtenido efectos terapéuticos (preventivos y/o rehabilitadores) **exitosos** para las personas que tratamos hoy?

Contestamos:

Con el transcurso del tiempo en meses y años ... en donde podamos apreciar y evaluar el "control de la enfermedad" a través de los síntomas y signos de salud alcanzados y mantenidos por una persona-familia o colectividad.

Personas que al recibir nuestras ayudas terapéuticas, individual y colectivamente consideradas, tienen los implementos y medios reales para defender su salud.

Pensamos que en este trabajo arduo y permanente nos incluimos todos

los que tenemos y debemos defender el derecho a la salud de nuestras poblaciones.

Esta respuesta la consideramos esencial en la fundamentación que estamos desarrollando.

Creemos que los parámetros de indicación de cualquier técnica preventiva y/o rehabilitadora: fluoroterapia, sellantes, coronas de acero, preparaciones cavitarias y usos de nuevos materiales dentales, implantes dentales (para citar algunos ejemplos) deben sustentarse en esta visión integral del problema.

Nunca una técnica o un material deben ser considerados un fin en sí mismos sino un medio para devolver y/o tratar de mantener la salud de la gente.

Los invito a analizar un sólo ejemplo dramático pero real en la atención odontopediátrica:

En un niño de cuatro años de edad se realizan "hermosas coronas de acero" para rehabilitar molares temporarios con caries, como se observa en esta diapositiva.

Al transcurrir el "tiempo" y no haber logrado controlar la "enfermedad caries dental", ese niño **a los siete años de edad** podrá tener las coronas en su boca en buen estado, pero **tendrá también sus primeros molares permanentes destruidos**, como claramente se aprecia.

Nos preguntamos:

¿Qué efecto terapéutico tuvieron esas coronas de acero para la salud del paciente?

a) Si nos quedamos simplemente en la descripción de la realización clínica, vemos que "técnicamente" fueron bien realizadas. Esto es importante y muy positivo.

b) Han transcurrido tres años y están en la boca del paciente; Uds. las pueden apreciar y hasta podríamos hablar del "éxito clínico de las coronas de acero", si las consideramos un fin en sí mismo.

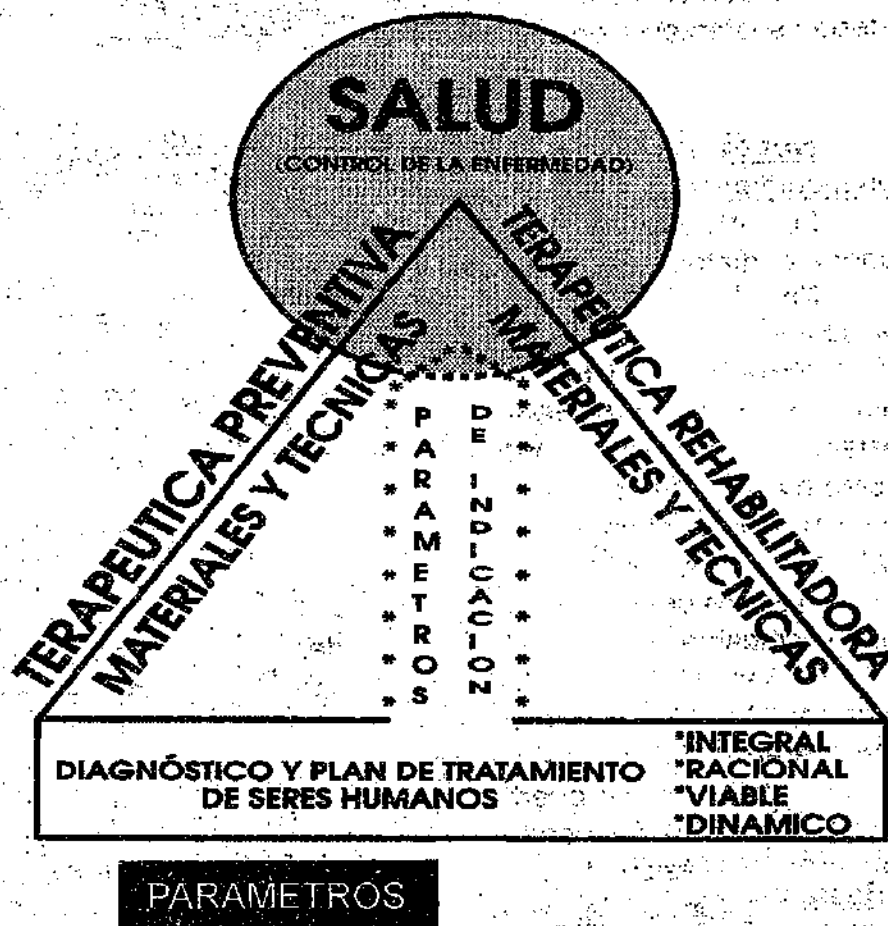
c) Pero lo que no pueden apreciar -porque no existe- es la solución a la esencia del problema. Se ha fracasado en la ejecución del plan de tratamiento que tenía como "fundamento básico" el control de la enfermedad de ese paciente.

Restauramos dientes temporarios en un paciente; a los cuatro años de edad, y dejamos enfermar sus primeros molares permanentes -que nacieron sanos- a los seis.

Se podrá argumentar que pueden existir causas en nuestra "realidad actual" que hagan imposible el control posterior del paciente. Y es verdad. Pero pienso que nuestra experiencia (y la de todos los aquí reunidos) nos ha mostrado la enorme cantidad de niños que "tratados" por el odontólogo "sin interrupción" han seguido este camino de destrucción, no sólo biológico sino también mental.

Si nos consideramos realmente responsables de la salud de nuestras poblaciones entendemos fundamental que la apreciación y discusión de las diferentes realidades, el análisis de sus causas y la puesta en práctica de las posibles soluciones deben ser tareas esenciales y prioritarias en la formación permanente de nuestros recursos humanos en las diferentes áreas de pre y post-grado.

Fue para mí un provechoso ejercicio intelectual -que aconsejo- reestudiar las historias clínicas de mis pacientes (junto con su documentación fotográfica) observando los diagnósticos y planes de tratamiento de donde surgieron los parámetros de indicación de las terapéuticas y técnicas empleadas, la aparición de los nuevos materiales dentales y la evolución con la evaluación de las personas a través de los años. (Figura 3.)



***Evaluar el grado de salud-enfermedad**

***Entender y respetar:**

***sus mecanismos biológicos de defensa**
referidos a sus "vivencias" ***miedos**

***ansiedades**

***dolores**

***la presencia de dos denticiones**

***temporaria o "caduca"**

***permanente "para toda la vida"**

***sus diferentes capacidades para recibir las técnicas**

***edad**

***grado de maduración**

***condiciones socio-económico-culturales**

***el grado de información y motivación personal y familiar**

***Comprensión del "tratamiento permanente" como indispensable para el control de la enfermedad**

***Autocuidado**

***Control periódico**

***Investigación -fundamentalmente clínica- de los materiales, técnicas y su evolución que -basándose en el respeto a lo biológico- puedan disminuir cada vez más los riesgos de enfermedad futura de las personas.**

***Autoevaluación y formación permanente del odontólogo que le permita diagnosticar y tratar la salud-enfermedad de sus pacientes.**

Es la persona la que acumula, en un determinado momento, una asociación única de parámetros para la indicación de realización de cualquier técnica, porque cada persona es una unidad biológica y social única e indivisible. Parámetros que a su vez sufren una profunda influencia al ser percibidos y evaluados por el odontólogo, que es también una persona.

El planteamiento de múltiples situaciones nos permitirá analizar los diferentes parámetros de indicación:

SITUACION

T. REHABILITADORA
TECNICAS (¿corona de acero o
restauracion inlay/onlay?)

FUNDAMENTACION

Paciente niño
edad 3-5 años
con dentición temporaria
diagnóstico: enfermedad caries

- * activas
- * cavitaciones múltiples en
molares e incisivos

Coronas de acero estampadas

Creo que es la técnica que tiene para niños -promedialmente- más parámetros de indicación a su favor.

Empecé utilizando las coronas de "acero preformadas", pero hace ya trece años utilizamos fundamentalmente las coronas de "acero estampadas", técnica y fundamentación que trajo a nuestro país el Dr. Hugo Rossetti. Es una técnica con pasos clínicos rápidos y simples que, si bien no detallaremos, nos permiten realizar muy buenas restauraciones respetando los tejidos dentarios sanos, en sesiones cortas y muy bien toleradas por un niño que ha sido previamente preparado para ello.

Habrán observado que:

1.- No he mencionado el "tipo de cavidad" para indicar la corona de acero estampada. Las he utilizado en cavidades oclusales, proximales, próximo-oclusales, de caras libres y sobre molares endodónticamente tratados. La indicación -como ven- no pasa por el tipo de cavidad dentaria:

Estamos tratando seres humanos integrales, no reconstruyendo dientes individualmente.

2.- El anterior razonamiento nos hace discrepar abiertamente con la indicación para realizar coronas de acero que hemos observado en varios textos:

"...cuando el niño tiene dificultades para controlar su enfermedad (placa bacteriana) porque la corona no deja esmalte expuesto a la placa..."

Si aceptamos esta indicación se podría interpretar que estamos de acuerdo con que:

a) recubriendo toda una pieza dentaria o incluso la totalidad de las superficies dentarias con coronas de acero, estaríamos solucionando la enfermedad del paciente. ¿Por cuánto tiempo? Se acuerdan uds. del ejemplo que analizamos en la fundamentación.

SITUACION

T. REHABILITADORA
TECNICAS (¿corona de acero o restauracion inlay/onlay?)

FUNDAMENTACION

Realización de preparaciones
cavitarias para restauraciones
inlay/onlay con:

amalgama de plata

ionómeros vítricos

b) si no le realizamos coronas de acero a ese niño, no actuamos correctamente.

Pienso que, frente a un niño que tiene dificultades en controlar su enfermedad, la indicación precisa y fundamental es *ayudarlo a controlar su enfermedad con coronas o sin coronas de acero de por medio y no cubrir el esmalte sano.*

Pienso que la amalgama de plata es un excelente material de restauración. Pero, pensemos la dificultad de realización en un niño de cuatro años de una cavidad de clase II en un molar temporario, tomando además en cuenta la anatomía dentaria y sumemos a eso los innumerables "pasos clínicos" para una restauración de amalgama correcta.

Y, en el niño que lo está soportando, ¿quién piensa? Hace muchos años que no realizo (por suerte, para ellos y para mí) estas restauraciones en dientes caducos afectados.

Desde que se introdujeron estos excelentes materiales dentales, pienso que su uso se acrecienta día a día. Tomando en cuenta que son materiales:

* con adhesión a las estructuras dentarias, permitiendo la máxima economía de los tejidos dentarios sanos.

SITUACION
T. REHABILITADORA
TECNICAS (¿corona de acero o
restauracion inlay/onlay?)
FUNDAMENTACION

- * que, debido a su bio-compatibilidad, pueden ser usados como material de base cavitaria o de restauración;
- * de fácil manipulación, rápido y completo fraguado. Contamos con los auto y fotopolimerizables (duales);
- * que producen liberación de fluor (efecto cariostático);
- * que se le han incorporado bases metálicas a la mezcla o al polvo vítreo, mejorando sus propiedades de resistencia.

Los podemos utilizar:

como material obturatriz en la etapa inicial del "control de la enfermedad" (pregunta número cuatro que desarrollaremos);

como material restaurador en:

- dientes anteriores si es necesario su uso, por ejemplo en caras libres o luego del "discado" en cavidades proximales,
- dientes posteriores -ionómeros con base metálica-
- técnicas combinadas -ionómero-corona de acero estampada-

En cavidades subgingivales de dientes vitales o endodónticamente tratados, para impedir la filtración que la sola realización de la corona no impediría.

SITUACION

Paciente niño
Edad: 8-9 años
con dentición mixta
diagnóstico: enfermedad caries
*activas

*cavitaciones múltiples en
molares temporarios, en es-
pecial las próximas al primer
molar permanente.

Pacientes niños
Edad: 9-11 años
con dentición mixta
diagnóstico: enfermedad caries
*activas

*cavitaciones en molares
permanentes.

T. REHABILITADORA TECNICAS (¿corona de acero o restauracion inlay/onlay?)

Restauraciones inlay/onlay con
ionómeros vítreos

Realización de preparaciones
cavitarias para restauraciones
inlay/onlay con diferentes mate-
riales solos o combinados:
sellantes, ionómeros vítreos,
resinas compuestas, amalga-
mas.

FUNDAMENTACION

La evaluación de:

- la edad del paciente,
- el tiempo de permanencia en boca de las piezas
temporarias,
- las propiedades de los ionómeros vítreos,

nos hacen preferir su utilización en estas situaciones.

Cuando de la evaluación de todos los parámetros mencionados:

- se ha concluido en la posibilidad de mantener y restaurar las piezas
dentales permanentes afectadas del paciente,
- de acuerdo al grado de afectación de las piezas dentales individual-
mente consideradas, realizo restauraciones que respeten al máximo los
tejidos dentarios sanos.

Preparaciones cavitarias (pregunta número uno que desarro-
llaremos)

Coronas de acero estampadas

- Cuando el grado de destrucción de las piezas dentales permanentes no
recomienda la realización de restauraciones plásticas

SITUACION

T. REHABILITADORA
TECNICAS (¿corona de acero o
 restauracion inlay/onlay?)

FUNDAMENTACION

Niños o adolescentes que no están capacitados actualmente para recibir determinadas "técnicas de rehabilitación dentaria", individual o colectivamente considerados.

En ese momento:
ni coronas
ni restauraciones inlay/onlay

- Cuando la oclusión dentaria permanente todavía no está "desarrollada" para recibir restauraciones en block (incrustaciones de resinas, cerámica o metálicas)

Restauramos con coronas de acero estampadas por las siguientes razones:

- a- las ventajas fundamentales que tiene la utilización de esta técnica para el paciente,
- b- porque no implica tener que desgastar tejidos dentarios sanos,
- c- pensando en la utilización de las excelentes propiedades optimizadas de los futuros materiales dentales,
- d- tratando de evitar la realización de tallados cavitarios que impliquen reconstrucciones coronarias totales.

Vivencias no superadas.

El niño debe tener el tiempo suficiente para elaborar su "experiencia odontológica atraumática" para él, su familia y el odontólogo tratante. Y, si cualquiera de ellos posee experiencia negativa anterior, básicamente trabajarán para poder superarla.

Condicionantes socio-económico-culturales.

Adecuación del plan de tratamiento a sus posibilidades económico-culturales.

Muchas veces la evaluación de estos importantes parámetros no me permitió realizar coronas u otros tipos de restauraciones que estaban "indicadas para el o los dientes individualmente considerados", lo cual no me impidió poner en práctica el plan de tratamiento orientado a la salud del paciente (control de su enfermedad).

SITUACION

Paciente niño-adolescente-adulto.
Edad: cualquiera
Diagnóstico: enfermedad caries
*activas
*sin cavitaciones

T. REHABILITADORA TECNICAS (¿corona de acero o restauracion inlay/onlay?)

Promover la reorganización
cristalina de los tejidos denta-
rios (cicatrización), que per-
mite obtener restauraciones
"perfectas" inlay/onlay.

FUNDAMENTACION

Sabemos que la caries dental es una enfermedad infecciosa que puede controlarse deteniendo su evolución destructiva y que las mejores "restauraciones" son las que realiza el profesional, conjuntamente con el paciente, disminuyendo la actividad cariogénica y promoviendo los mecanismos biológicos de defensa.

El estudio de la evolución de los pacientes a través del transcurso de los años, me ha enseñado a cuales realmente ayudé a alcanzar y/o a mantener su salud lo cual me pone orgulloso. Así como en otros pude observar mi fracaso -del cual también aprendí- pues no pudimos (ellos y yo) detener la evolución de la enfermedad y de nada han servido las restauraciones con "parámetros de indicación precisa" que se han acumulado.

"La odontología restauradora de hoy es admirable y no me opongo a ella cuando se necesita, pero yo sí creo que un servicio de enseñanza integral a todos quienes necesiten de este servicio nos daría tantas compensaciones en dinero y una mayor recompensa en salud, amistad y aprecio de las personas a quienes servimos."

Hartzel, 1930

1- Nuevos abordajes en las preparaciones cavitarias en Odontopediatría en la era de la prevención.

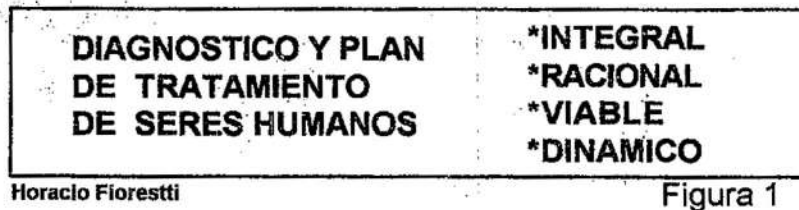
FUNDAMENTACION

"De todos los servicios que se ofrecen a los pacientes ninguno es más beneficioso que aquel dado a fin de preservar la salud"

P.Keyes

Porque estamos cada vez más convencidos de la contundencia de las afirmaciones de este genial investigador es que elegimos esta cita, para iniciar la fundamentación común a todas las preguntas que se me realizan.

Pensamos que los parámetros para la indicación de cualquier tipo de terapéutica deben fundamentarse en el **DIAGNOSTICO INTEGRAL** de nuestros pacientes, el cual nos permitirá poder elaborar un **PLAN DE TRATAMIENTO RACIONAL Y VIABLE** para dicha persona considerada un ser biológico y social en continuo cambio (figura 1).



Diagnóstico y plan de tratamiento elaborado con **CRITERIO PROSPECTIVO**, es decir ideando permanentemente las estrategias que le permitan a esa persona lograr salud y mantenerla en el futuro.

Este estudio dinámico -que consideramos debe ser la esencia de nuestra formación académica curricular- nos lleva a entender que fundamentalmente se nos presentan dos opciones: LA TERAPEUTICA PREVENTIVA y LA TERAPEUTICA REHABILITADORA. Opciones que -si bien utilizan diferentes "técnicas" para su realización- se deben concebir como complementarias, porque se sustentan en una única filosofía de práctica integral que busca ayudar a alcanzar y/o mantener la salud de nuestros pacientes. (figura 2).



Por otra parte, corroborando lo afirmado, disponemos cada vez de más información científico-técnica sobre las medidas que previenen y controlan efectivamente las enfermedades más prevalentes (caries y paradenciopatías) y su instrumentación y aplicación efectiva en muchos países.

Paradójicamente, nuestras poblaciones latinoamericanas están cada vez más enfermas.

Si bien no nos atreveríamos a desarrollar todas las causas por las cuales creemos se da esta realidad, ya que consideramos nuestra formación insuficiente, tomaremos sólo un aspecto que consideramos importante y en íntima relación con los fundamentos que estamos desarrollando.

Hagámonos la siguiente pregunta:

¿Cuándo podemos afirmar que se han obtenido efectos terapéuticos (preventivos y/o rehabilitadores) **exitosos** para las personas que tratamos hoy?

Contestamos:

Con el transcurso del tiempo en meses y años ... en donde podamos apreciar y evaluar el "control de la enfermedad" a través de los síntomas y signos de salud alcanzados y mantenidos por una persona-familia o colectividad.

Personas que al recibir nuestras ayudas terapéuticas, individual y colectivamente consideradas, tienen los implementos y medios reales para defender su salud.

Pensamos que en este trabajo arduo y permanente nos incluimos todos los que tenemos y debemos defender el derecho a la salud de nuestras poblaciones.

Esta respuesta la consideramos esencial en la fundamentación que estamos desarrollando.

Creemos que los parámetros de indicación de cualquier técnica preventiva y/o rehabilitadora: fluoroterapia, sellantes, coronas de acero, preparaciones cavitarias y usos de nuevos materiales dentales, implantes dentales (para citar algunos ejemplos) deben sustentarse en esta visión integral del problema.

Nunca una técnica o un material deben ser considerados un fin en sí mismos sino un medio para devolver y/o tratar de mantener la salud de la gente.

Los invito a analizar un sólo ejemplo dramático pero real en la atención odontopediátrica:

En un niño de cuatro años de edad se realizan "hermosas coronas de acero" para rehabilitar molares temporarios con caries, como se observa en esta diapositiva.

Al transcurrir el "tiempo" y no haber logrado controlar la "enfermedad caries dental", ese niño a **los siete años de edad** podrá tener las coronas en su boca en buen estado, pero **tendrá también sus primeros molares permanentes destruidos**, como claramente se aprecia.

Nos preguntamos:

¿Qué efecto terapéutico tuvieron esas coronas de acero para la salud del paciente?

a) Si nos quedamos simplemente en la descripción de la realización clínica, vemos que "técnicamente" fueron bien realizadas. Esto es importante y muy positivo.

b) Han transcurrido tres años y están en la boca del paciente; Uds. las pueden apreciar y hasta podríamos hablar del "éxito clínico de las coronas de acero", si las consideramos un fin en sí mismo.

c) Pero lo que no pueden apreciar -porque no existe- es la solución a la esencia del problema. Se ha fracasado en la ejecución del plan de tratamiento que tenía como

"fundamento básico" el control de la enfermedad de ese paciente.

Restauramos dientes temporarios en un paciente, a los cuatro años de edad, y dejamos enfermar sus primeros molares permanentes -que nacieron sanos- a los seis.

Se podrá argumentar que pueden existir causas en nuestra "realidad actual" que hagan imposible el control posterior del paciente. Y es verdad. Pero pienso que nuestra experiencia (y la de todos los aquí reunidos) nos ha mostrado la enorme cantidad de niños que "tratados" por el odontólogo "sin interrupción" han seguido este camino de destrucción, no sólo biológico sino también mental.

Si nos consideramos realmente responsables de la salud de nuestras poblaciones entendemos fundamental que la apreciación y discusión de las diferentes realidades, el análisis de sus causas y la puesta en práctica de las posibles soluciones deben ser tareas esenciales y prioritarias en la formación permanente de nuestros recursos humanos en las diferentes áreas de pre y post-grado.

La Odontología Restauradora de hoy ha evolucionado. La búsqueda de la prevención (así como la oportunidad y el tratamiento de las lesiones) con los materiales y técnicas adecuadas a cada persona, tienen su fundamento en la investigación científico-humanística que aporta cada vez más la posibilidad de conocer y entender "la dinámica" del complejo medio biológico de la cavidad bucal del paciente.

Cuando del diagnóstico y del plan de tratamiento del paciente, evaluando todos los parámetros mencionados (pregunta número tres, que desarrollamos) se ha concluido en la posibilidad e importancia de mantener y restaurar las piezas dentales afectadas, pienso que la aplicación de los siguientes conocimientos guiarán el abordaje de las lesiones de caries.

I) Etiopatogenia de la enfermedad caries dental

La caries dental es una enfermedad infecciosa que causa la destrucción localizada de los tejidos dentales duros por actividades metabólicas, presentes o pasadas, en la placa microbiana.

Las lesiones que pueden afectar al esmalte dentina o cemento expuesto son así los síntomas de la enfermedad, cuyo avance está determinado por el balance entre la acción de los factores des y remineralizantes.

Síntomas que pueden ir desde la pérdida inicial del mineral a nivel ultra-estructural hasta -en su avance desmineralizador- la total destrucción del órgano dentario en un tiempo determinado.

II) Diagnóstico y posibilidades de tratamiento

Cuando de la evaluación del riesgo a enfermar de un paciente diagnosticamos una actividad aumentada de caries, sabemos que aparecerán los síntomas (lesiones) que haciendo una simplificación conceptual clasificamos en:

a- lesiones "activas" que no podemos diagnosticar objetivamente por la incapacidad de nuestros métodos diagnósticos actuales. Me refiero a la etapa ultra-estructural, microscópica y -a veces- hasta clínica de los síntomas. Por ejemplo, lesiones de "mancha blanca" a mesial del primer molar permanente cuando todavía no se exfolió el segundo temporario.

b- lesiones "incipientes activas" que podemos diagnosticar por su ubicación y/o grado de desmineralización con alguno de los métodos de diagnóstico actuales: clínico, radiográfico, transiluminación etcétera en las diferentes superficies dentarias

- *oclusal

- *caras libres

- *proximal -que pueden hacer sospechar incluso la pérdida de integridad de la superficie del esmalte-

c- lesiones "activas" francamente cavitadas

- *oclusal

- *caras libres

- *proximal

Nos preguntamos: ¿cuándo indicar el tratamiento restaurador -no invasivo- o, por el contrario, cuándo realizar el abordaje quirúrgico de las piezas dentales afectadas?

Estamos convencidos que el tratamiento de la enfermedad caries dental deberá ser etiológico y que, si esto ocurre, los síntomas (lesiones) detienen su evolución destructiva.

Es así que, en:

a-lesiones que no podemos diagnosticar objetivamente pero sabemos que existen o

b-lesiones "incipientes activas"

proponemos la oportunidad de un tratamiento restaurador -no invasivo- realizado por el paciente y el profesional tratando, ambos, de disminuir la actividad cariogénica y promover los mecanismos biológicos de defensa que darán a los tejidos dentarios afectados la posibilidad de reorganización cristalina transformándolos incluso en más resistentes que el tejido dental no afectado.

Cuando la evolución de los síntomas (presentes o pasados) no permiten el anterior tratamiento propuesto, utilizaremos tratamientos restauradores abordando quirúrgicamente el órgano dentario.

III) Nuevos criterios que guían los abordajes en las preparaciones cavitarias

*Conocimiento de la anatomía, fisiología y fisiopatología de los órganos dentarios temporarios y permanentes.

*Conservar al máximo las estructuras sanas eliminando sólo el tejido enfermo.

*La localización, extensión y el grado de profundidad de la lesión de caries, guiará el abordaje y la forma de la cavidad.

No concebimos la realización de cavidades estereotipadas (talladas en las manos de los estudiantes) sobre dientes sin caries, cavidades que luego se tratarán de reproducir en la boca de las pacientes-personas, careciendo del esencial respeto por lo biológico que deberían cumplir.

*Elección de los materiales dentales.

De acuerdo al remanente de tejido dentario sano, evaluando los medios de adhesión a emplear con cada material restaurador disponible, se decidirá la preparación dentaria a realizar en cada caso.

La industria de los materiales dentales, día tras día, nos deslumbra y apabulla con la presentación de nuevos materiales que superan en sus propiedades -fundamentalmente de laboratorio- a los anteriores.

El real conocimiento de sus propiedades técnicas y biológicas las fundamenta la investigación clínica, dando además las bases para la creación de nuevos bio-

materiales cada vez más semejantes a los tejidos dentarios.

Hace veinte años una fractura no complicada de corona dentaria de un incisivo permanente en un niño de diez años era tratada con la realización de una corona funda de acrílico. Hoy, el advenimiento de la ODONTOLOGIA ADHESIVA nos brinda cada vez mejores materiales con propiedades de adhesión, resistencia y estética muy adecuadas que nos permiten restaurar esa pieza dentaria sin realizar ningún tipo de desgastes de los tejidos sanos.

De igual modo, estos excelentes materiales (y los que seguramente los superarán) nos permiten restaurar lesiones que -luego de eliminar el tejido enfermo- quedan rodeados de esmalte sano, realizando tratamientos conservadores y ultraconservadores del órgano dentario.

Pensamos (para concluir nuestra respuesta) que, al igual que las preparaciones cavitarias, los "nuevos abordajes" no están preconcebidos; ellos surgen de la aplicación racional de los conocimientos expuestos y de muchos más que hacen posible que el odontólogo -conjuntamente con su paciente- conviertan cada tratamiento restaurador en una creación única e irreproducible, con la finalidad de llegar a estados de salud y a su mantenimiento.

4- Ionómeros de vidrio. ¿es un material eficaz en la adecuación del medio bucal en pacientes con alta incidencia de caries?

FUNDAMENTACION

"De todos los Servicios que se ofrecen a los pacientes ninguno es más beneficioso que aquel dado a fin de preservar la salud".

P. Keyes

Porque estamos cada vez más convencidos de la contundencia de las afirmaciones de este genial investigador es que elegimos esta cita, para iniciar la fundamentación común a todas las preguntas que se me realizan.

Pensamos que los parámetros para la indicación de cualquier tipo de terapéutica deben fundamentarse en el **DIAGNOSTICO INTEGRAL** de nuestros pacientes, el cual nos permitirá poder elaborar un **PLAN DE TRATAMIENTO RACIONAL Y VIABLE** para dicha persona considerada un ser biológico y social en continuo cambio (figura 1).-

DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO DE SERES HUMANOS	*INTEGRAL *RACIONAL *VIABLE *DINAMICO
---	--

Horacio Fioretti

Figura 1

Diagnóstico y plan de tratamiento elaborado con **CRITERIO PROSPECTIVO**, es decir ideando permanentemente las estrategias que le permitan a esas personas lograr salud y mantenerla en el futuro.

Este estudio dinámico -que concideramos debe ser la esencia de nuestra formación académica curricular- nos lleva a entender que fundamentalmente se nos presentan dos opciones: **LA TERAPEUTICA PREVENTIVA** y **LA TERAPEUTICA REHABILITADORA**. Opciones que -si bien utilizan diferentes "técnicas" para su realización- se deben concebir como complementarias, porque se sustentan **en una única filosofía de práctica integral que busca ayudar y/o mantener la salud de nuestros pacientes.** (figura 2)



Figura 2

Por otra parte, corroborando lo afirmado, disponemos cada vez de más información científico-técnica sobre las medidas que previenen y controlan efectivamente las enfermedades más prevalentes (caries y paradenciopatías) y su instrumentación y aplicación efectiva en muchos países.

Paradójicamente, nuestras poblaciones latinoamericanas están cada vez más enfermas.

Si bien no nos atreveríamos a desarrollar todas las causas por las cuales creemos se da esta realidad, ya que consideramos nuestra formación insuficiente, tomaremos sólo un aspecto que consideramos importante y en íntima relación con los fundamentos que estamos desarrollando.

Hagámonos la siguiente pregunta:

¿Cuándo podemos afirmar que se han obtenido efectos terapéuticos (preventivos y/o rehabilitadores) **exitosos** para las personas que tratamos hoy?

Contestamos:

Con el transcurso del tiempo en meses y años ... en donde podamos apreciar y evaluar el "control de la enfermedad" a través de los síntomas y signos de salud alcanzados y mantenidos por una persona-familia o colectividad.

Personas que al recibir nuestras ayudas terapéuticas, individual y colectivamente consideradas, tienen los implementos y medios reales para defender su salud.

Pensamos que en este trabajo arduo y permanente nos incluimos todos los que tenemos y debemos defender el derecho a la salud de nuestras poblaciones.

Esta respuesta la consideramos esencial en la fundamentación que estamos desarrollando.

Creemos que los parámetros de indicación de cualquier técnica preventiva y/o rehabilitadora: fluoroterapia, sellantes, coronas de acero, preparaciones cavitarias y usos de nuevos materiales dentales, implantes dentales (para citar algunos ejemplos) deben sustentarse en esta visión integral del problema.

Nunca una técnica o un material deben ser considerados un fin en sí mismos sino un medio para devolver y/o tratar de mantener la salud de la gente.

Los invito a analizar un sólo ejemplo dramático pero real en la atención odontopediátrica.

En un niño de cuatro años de edad se realizan "hermosas coronas de acero" para rehabilitar molares temporarios con caries, como se observa en esta diapositiva.

Al transcurrir el "tiempo" y no haber logrado controlar la "enfermedad caries dental", ese niño **a los siete años de edad** podrá tener las coronas en su boca en buen estado, pero **tendrá también sus primeros molares permanentes destruidos**, como claramente se aprecia.

Nos preguntamos:

¿Qué efecto terapéutico tuvieron esas coronas de acero para la salud del paciente?

a) Si nos quedamos simplemente en la descripción de la realización clínica, vemos que "técnicamente" fueron bien realizadas. Esto es importante y muy positivo.

b) Han transcurrido tres años y están en la boca del paciente; Uds. las pueden apreciar y hasta podríamos hablar del "éxito clínico de las coronas de acero", si las consideramos un fin en sí mismo.

c) Pero lo que no pueden apreciar -porque no existe- es la solución a la esencia del problema. Se ha fracasado en la ejecución del plan de tratamiento que tenía como "fundamento básico" el control de la enfermedad de ese paciente.

Restauramos dientes temporarios en un paciente, a los cuatro años de edad, y dejamos enfermar sus primeros molares permanentes -que nacieron sanos- a los seis.

Se podrá argumentar que pueden existir causas en nuestra "realidad actual" que hagan imposible el control posterior del paciente. Y es verdad. Pero pienso que nuestra experiencia (y la de todos los aquí reunidos) nos ha mostrado la enorme cantidad de niños que "tratados" por el odontólogo "sin interrupción" han seguido este camino de destrucción, no sólo biológico sino también mental.

Si nos consideramos realmente responsables de la salud de nuestras poblaciones entendemos fundamental que la apreciación y discusión de las diferentes realidades, el análisis de sus causas y la puesta en práctica de las posibles soluciones deben ser tareas esenciales y prioritarias en la formación permanente de nuestros recursos humanos en las diferentes áreas de pre y post-grad.

En base a la fundamentación realizada considero, en principio, muy importante señalar:

primero, que una persona "con alta incidencia de caries" implica que al no controlarse su enfermedad han aparecido lesiones nuevas en un tiempo determinado; segundo, que estas lesiones no necesariamente deben estar "cavitadas" (pregunta número uno); tercero, que realizado el diagnóstico de lesiones "no cavitadas" y/o "cavitadas", estas son sólo los síntomas de la enfermedad caries dental y cuarto, que el tratamiento deberá ser etiológico y estar orientado a que la persona recupere su salud y la posibilidad de mantenerla.

Adecuación inicial del medio bucal

I) En esencia, pienso que la adecuación inicial del medio bucal consiste en la utilización de todas las medidas necesarias y posibles de realizar entre el paciente y el profesional, que promuevan los procesos de remineralización y disminuyan los de desmineralización.

II) La presencia en un paciente de lesiones de caries:

- múltiples
- activas
- cavitadas, que involucran francamente esmalte y dentina,
- con diagnóstico de vitalidad y/o necrosis pulpar

representan: a) focos de infección en donde las bacterias cariogénicas se reproducen rápida y libremente, y

b) producen dolor de diferente etiología, impidiendo -a su vez- una correcta función masticatoria y el control de la placa bacteriana.

Es obvio que debemos ayudar al paciente en esta primera etapa "tratando" esas lesiones abiertas y dolorosas porque:

- obturando o extrayendo focos de infección se reduce la flora cariogénica,
- disminuyendo las posibilidades de progresión de lesiones del órgano dentino-pulpar se permite su defensa,
- calmando el dolor el paciente va restableciendo su función masticatoria y las posibilidades de poder realizar un correcto control de la placa bacteriana.

III) Los conocimientos de la cariología nos enseñan el adecuado manejo que deben recibir los tejidos dentales enfermos.

IV) Utilización de ionómeros vítreos.

En la respuesta a la pregunta número tres decíamos que, desde que se introdujeron estos excelentes materiales dentales, su uso se acrecienta día a día.

Y ello a que son materiales:

- con adhesión a las estructuras dentarias, permitiendo la máxima economía

de los tejidos dentarios sanos;

- que, debido a su bio-compatibilidad pueden ser usados como material de base cavitaria o de restauración;

- de fácil manipulación, rápido y completo fraguado, contamos con los auto y fotopolimerizables (duales);

- que producen liberación de fluor (efecto cariostático);

- que se le han incorporado bases metálicas a la mezcla o al polvo vítreo, mejorando sus propiedades de resistencia.

En conclusión, pienso que en esta etapa inicial de adecuación del medio bucal, por las razones expuestas, la utilización de los ionómeros vítreos puede ser muy eficaz. Mas, a riesgo de ser reiterativos, "nunca una técnica o un material han de ser considerados un fin en sí mismo, sino un medio para devolver y/o tratar de mantener la salud de nuestros pacientes".

2- ¿ Que enfoque debe ser dado para la atención odontológica de bebés ?

FUNDAMENTACION

"De todos los Servicios que se ofrecen a los pacientes ninguno es más beneficioso que aquel dado a fin de preservar la salud".

P. Keyes

Porque estamos cada vez más convencidos de la contundencia de las afirmaciones de este genial investigador es que elegimos esta cita, para iniciar la fundamentación común a todas las preguntas que se me realizan.

Pensamos que los parámetros para la indicación de cualquier tipo de terapéutica deben fundamentarse en el **DIAGNOSTICO INTEGRAL** de nuestros pacientes, el cual nos permitirá poder elaborar un **PLAN DE TRATAMIENTO RACIONAL Y VIABLE** para dicha persona considerada un ser biológico y social en continuo cambio (figura 1).-

**DIAGNOSTICO Y PLAN
DE TRATAMIENTO
DE SERES HUMANOS**

***INTEGRAL
*RACIONAL
*VIABLE
*DINAMICO**

Horacio Fioretti

Figura 1

Diagnóstico y plan de tratamiento elaborado con **CRITERIO PROSPECTIVO**, es decir ideando permanentemente las estrategias que le permitan a esas personas lograr salud y mantenerla en el futuro.

Este estudio dinámico -que concideramos debe ser la esencia de nuestra formación académica curricular- nos lleva a entender que fundamentalmente se nos presentan dos opciones: **LA TERAPEUTICA PREVENTIVA** y **LA TERAPEUTICA REHABILITODORA**. Opciones que -si bien utilizan diferentes "técnicas" para su realización- se deben concebir como complementarias, porque se sustentan en una **única filosofía de práctica integral que busca ayudar y/o mantener la salud de nuestros pacientes.** (figura 2)



Figura 2

Por otra parte, corroborando lo afirmado, disponemos cada vez de más información científico-técnica sobre las medidas que previenen y controlan efectivamente las enfermedades más prevalentes (caries y paradenciopatías) y su instrumentación y aplicación efectiva en muchos países.

Paradójicamente, nuestras poblaciones latinoamericanas están cada vez más enfermas.

Si bien no nos atreveríamos a desarrollar todas las causas por las cuales creemos se da esta realidad, ya que consideramos nuestra formación insuficiente, tomaremos sólo un aspecto que consideramos importante y en íntima relación con los fundamentos que estamos desarrollando.

Hagámonos la siguiente pregunta:

¿Cuándo podemos afirmar que se han obtenido efectos terapéuticos (preventivos y/o rehabilitadores) **exitosos** para las personas que tratamos hoy?

Contestamos:

Con el transcurso del tiempo en meses y años ... en donde podamos apreciar y evaluar el "control de la enfermedad" a través de los síntomas y signos de salud alcanzados y mantenidos por una persona-familia o colectividad.

Personas que al recibir nuestras ayudas terapéuticas, individual y colectivamente consideradas, tienen los implementos y medios reales para defender su salud.

Pensamos que en este trabajo arduo y permanente nos incluimos todos los que tenemos y debemos defender el derecho a la salud de nuestras poblaciones.

Esta respuesta la consideramos esencial en la fundamentación que estamos desarrollando.

Creemos que los parámetros de indicación de cualquier técnica preventiva y/o rehabilitadora: fluoroterapia, sellantes, coronas de acero, preparaciones cavitarias y usos de nuevos materiales dentales, implantes dentales (para citar algunos ejemplos) deben sustentarse en esta visión integral del problema.

Nunca una técnica o un material deben ser considerados un fin en sí mismos sino un medio para devolver y/o tratar de mantener la salud de la gente.

Los invito a analizar un sólo ejemplo dramático pero real en la atención

odontopediátrica:

En un niño de cuatro años de edad se realizan "hermosas coronas de acero" para rehabilitar molares temporarios con caries, como se observa en esta diapositiva.

Al transcurrir el "tiempo" y no haber logrado controlar la "enfermedad caries dental", ese niño **a los siete años de edad** podrá tener las coronas en su boca en buen estado, pero **tendrá también sus primeros molares permanentes destruidos**, como claramente se aprecia.

Nos preguntamos:

¿Qué efecto terapéutico tuvieron esas coronas de acero para la salud del paciente?

a) Si nos quedamos simplemente en la descripción de la realización clínica, vemos que "técnicamente" fueron bien realizadas. Esto es importante y muy positivo.

b) Han transcurrido tres años y están en la boca del paciente; Uds. las pueden apreciar y hasta podríamos hablar del "éxito clínico de las coronas de acero", si las consideramos un fin en sí mismo.

c) Pero lo que no pueden apreciar -porque no existe- es la solución a la esencia del problema: Se ha fracasado en la ejecución del plan de tratamiento que tenía como "fundamento básico" el control de la enfermedad de ese paciente.

Restauramos dientes temporarios en un paciente, a los cuatro años de edad, y dejamos enfermar sus primeros molares permanentes -que nacieron sanos- a los seis.

Se podrá argumentar que pueden existir causas en nuestra "realidad actual" que hagan imposible el control posterior del paciente. Y es verdad. Pero pienso que nuestra experiencia (y la de todos los aquí reunidos) nos ha mostrado la enorme cantidad de niños que "tratados" por el odontólogo "sin interrupción" han seguido este camino de destrucción, no sólo biológico sino también mental.

Si nos consideramos realmente responsables de la salud de nuestras poblaciones entendemos fundamental que la apreciación y discusión de las diferentes realidades, el análisis de sus causas y la puesta en práctica de las posibles soluciones deben ser tareas esenciales y prioritarias en la formación permanente de nuestros recursos humanos en las diferentes áreas de pre y post-grado.



Basándose en los conceptos anteriormente vertidos y en la Declaración de los Derechos del Niño que todos conocemos, pienso que el objetivo primordial es: el fomentar, proteger y mantener la salud del niño y su familia.

Sabemos que el 80 ó 90% de los recién nacidos son normales (Uruguay, Normas materno-infantiles, M.S.P., 1988).

Pienso, por tanto, que el enfoque que debe ser dado a la atención odontológica de bebés pasa por la contestación a la siguiente pregunta: ¿qué deberían saber los padres para mantener la salud de sus hijos?

Trataré, pues, de contestar esta interesante pregunta:

*Que en el momento grandioso del nacimiento se encuentran en estado de salud y ya en plena formación sus piezas dentales temporarias y permanentes. Que las caducas, cuando el niño crezca, se exfoliarán (caerán) y erupcionarán (saldrán) las permanentes, que -como su nombre lo dice- no se caen y son "para toda la vida".

*Que las enfermedades por placa bacteriana son de etiología infecciosa y transmisibles. Que debe, pues, evitar el contagiar al bebé con sus bacterias cariogénicas. No se recomienda, a las personas que están en contacto con el niño, probar las mamaderas o las comidas, llevar a la boca chupetes o utensilios que aquél utilice. El Dr. Bo Krasse, en un reciente curso dictado en nuestro país, hizo referencia a un estudio finlandés que demostraría, por el contrario, que una infección muy precoz por S. Mutans de los bebés a través de vínculos muy estrechos con sus madres infectadas, podría favorecer el desarrollo de mecanismos de inmunidad con la generación de anticuerpos contra dicha bacteria, disminuyendo la prevalencia de lesiones de caries.

*Que los dientes comienzan a erupcionar sanos. Informándoles los tiempos promedio de erupción de los primeros dientes caducos, pero también que cuando su niño tenga cinco o seis años le erupcionarán cuatro molares "permanentes" por detrás de los dientes temporarios, sin que se exfolie ninguno.

*Que las enfermedades más prevalentes (comunes) son las caries y las paradenciopatías (índices: 12 años - 85,4% c/historia de caries, con secuelas ya en sus dientes permanentes (C.P.O.D. = 0) sólo el 14,6% tiene un C.P.O.D.=0, 57,8% tiene ya alguna alteración gingival mientras que el 42% tiene maloclusiones; "Valoración de la Salud Bucal de la Población Escolar de Uruguay. Sector Público. 1992").

O sea que, a los doce años, cuatro de cada cinco niños tiene historia de caries que ha afectado sus dientes permanentes produciendo cavidades visibles.

*Que, a pesar de estos datos desalentadores, estas enfermedades se pueden controlar evitando que aparezcan cavidades y se enfermen las encías con medidas simples y eficientes, siendo las más importantes las realizadas en su domicilio (autocuidado).

*Que todos los dientes, en la etapa de erupción dentaria (mientras están saliendo) tienen mucho más riesgo de enfermar, porque:

- están cubiertos parcialmente por encía durante un lapso,

- la encía está inflamada,

- no están en oclusión (en contacto los dientes superiores con los inferiores).

Por todo ello, las bacterias cariogénicas (que forman caries) al estar más protegidas, se pueden adherir y reproducir con mayor facilidad formando una cantidad aumentada de ácidos desmineralizadores de los tejidos dentarios (manchas blancas y cavidades)

O sea que, la causa es la placa bacteriana y su consecuencia, las cavidades.

*Que su ayuda, entonces, es imprescindible para mantener la salud de su bebé en esta etapa crítica de erupción y también posteriormente a ella.

¿Cómo?

Con la realización de un cepillado adecuado para desorganizar las bacterias y disminuir su capacidad de formar ácidos. Cepillándole primero ellos y luego dándole el cepillo al bebé para que se vaya habituando a su uso.

¿Cuándo realizarlo?

El más importante es al final del día, cuando el niño se va a dormir luego de alimentarse, porque bloquea la producción excesiva de la flora cariogénica en momentos en que además disminuye la secreción salival.

*Que las estructuras dentarias del bebé y la de ellos se verán fortalecidas en su resistencia a la caries por el uso de la fluoroterapia adecuada (fluor sistémico más fluor tópico).

Fluor sistémico es el fluor que ingerimos en dosis adecuadas y que hoy sabemos tiene su mayor beneficio a través de la excreción continua por la saliva favoreciendo los procesos de remineralización (endurecimiento, cicatrización) de todos los órganos dentarios que están en la cavidad bucal de la persona, sea esta bebé, niño, joven, adulto o anciano.

Por tanto, hay que superar el concepto de que el fluor sistémico es sólo para niños. Se lo recomendamos al niño y a su familia. En nuestro país, desde el mes de julio de 1991, disponemos de una medida masiva: la fluoración de la sal, proyecto en el cual trabajamos.

Fluor tópico e también de enorme importancia aplicado adecuadamente. Que el cepillado nocturno lo realice con pasta fluorada, controlando la cantidad de dentífrico usado. Puede ser una buena medida "el tamaño de la uña del dedo meñique del bebé". (Riesgo de ingestión excesiva por largos períodos = fluorosis).

*Que las bacterias cariogénicas se adhieren más firmemente a las estructuras dentarias y forman mayor cantidad de ácidos cuando reciben como sustrato (alimento) hidratos de carbono, fundamentalmente sacarosa (azúcar común) que le llega a través de las ingestas que recibe el bebé.

Por tanto, su ayuda sigue siendo imprescindible para controlar la ingesta de hidratos de carbono.

¿Cómo?

- No adicionando al chupete miel o azúcar.
- Que trate de alimentarlo naturalmente (leche materna) como mínimo seis meses.
- Que, si utiliza leche vacuna -que ya tiene sacarosa-, y le agrega azúcar, debe hacerlo en la menor cantidad posible.
- Que no permita que el bebé, al dormirse, quede chupando la mamadera con restos de leche.
- Que trate de evitar las mamaderas nocturnas mientras el bebé duerme.
- Que, además, las posiciones correctas al amamantarlo y/o darle la mamadera son importantes para el normal desarrollo de los maxilares.
- Que las bebidas y golosinas "azucaradas y pegajosas" -aparte de ser muy cariogénicas- lo van condicionando al gusto por los dulces.
- Que las golosinas, que a la mayoría de las personas nos agradan, no se "prohiben", se regulan.
- Que tome en cuenta que muchos medicamentos pediátricos, por ejemplo, tienen azúcar como edulcorante (azúcar oculto).

*Que es fundamental el seguimiento en salud, para poder mantenerla (control periódico determinado, de acuerdo a los factores de riesgo mencionados).

También nos podemos preguntar: ¿y el bebé que concurre a nuestra consulta enfermo?

Haremos el diagnóstico de la enfermedad, el plan de tratamiento orientado a devolver la salud y mantenerla e intentaremos cumplirlo

Pensamos que es un derecho de todos los padres acceder al conocimiento de cómo mantener la salud de nuestros hijos y tener los medios para lograrlo. Que la desmonopolización y transferencia de conocimientos -entre otras muchas cosas- es muy importante para que los bebés sean los adultos sanos del mañana que, a su vez, con seguridad, tendrán hijos sanos.

Concluyendo, considero que:

- el enfoque debe ser integral
- debe estar orientado a mantener la salud del niño y su familia
- debe hacerse efectivo.