

EDITORIAL

.Fracasos en Ortodoncia: ¿Sólo errores de técnica?

.Bioseguridad: Precauciones universales.

*.Evaluación de la práctica social en la
atención de salud bucal.*

*.Extrusión dentaria debida a extracciones
prematuras sin reposición protética.*



.El mecanostato óseo.

*.Técnicas quirúrgicas para la reconstrucción
del labio superior.*



SERGIO TRAJT

MATERIALES Y EQUIPAMIENTOS

Anchorena 1176 PB (1425) - Buenos Aires - Tel. 4963-3503
uc. S.A.O. Montevideo 971 (1019) - Buenos Aires - Tel. 4813-6807

la mejor relación **COSTO x BENEFICIO**



ISO 9001

Operating light
20 000 lux
Foco 20.000 lux

Cuspidor with
cup filler and
one saliva
ejector

Salvadora con
llena vaso y
un eyector

One 3-way syringe
and two handpiece
holders

Jeringa triple y
dos soportes de
instrumentos

New concept of
articulation seat x
backrest

Nuevo concepto de
articulación
asiento x
respaldo

Equipped with spindle
electrical motor Bosch.
Equipado con motor
reductor Bosch

Anticipo y 12 cuotas de \$ 199,00.- + IVA.

R.A.A.O.

Revista del Ateneo Argentino de Odontología

Editor responsable
Comisión Directiva
del Ateneo Argentino
de Odontología

Director
Ariel Osvaldo Gómez

**Consejo Editorial
de este número**
Ariel Gómez, Elías Beszkin,
Graciela Libonatti, Carlos A.
Vaserman, Luis Zielinsky.

Comité de Redacción
Mario Beszkin
Carlos Guberman
Juan Meer
Mario Daniel Torres
Héctor Ziegler
Luis Zielinsky

Diagramación
Prototypo

Composición y armado
Print diseño & impresiones

Impresión
COGTAL

Dir. Nac. Derechos de Autor
Registro Nº 37.324
Ley Nº 11.723

Anchorena 1176 (C1425 ELB) Bs As.
tel 4 962-2727 - fax 4 963-2705
e-mail: ateneo@canopus.com.ar
www.ateneo-odontologia.org.ar

Volumen XL • Nº 3
Septiembre - Diciembre de 2001.

Las opiniones expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, a menos que hayan sido adoptados por el mismo. Serán considerados como trabajos originales los que no hayan sido publicados ni estén en vías de publicación.

Intercambio internacional: deseamos canje con revistas similares. Nous désirons établir échange avec les revues similaires. Deseamos permutar con revistas congeneres. We wish to exchange with similar magazines. Um Austausch wird gebeten.

Foto de tapa: "Vasija antropomorfa polífrona" Destacan en ella los adornos y la decoración alrededor de la boca. Procede de Zaachila, Oaxaca, cultura mixteca. Museo Nacional de Antropología, Mexico.

Presidente
Vicepresidente
Secretario
Prosecretaria
Tesorera
Protectora

COMISIÓN DIRECTIVA
Armando H. Pollero.
Carlos A. Vaserman.
Mario Beszkin.
Beatriz Lombardo.
Marcela Sánchez.
Patricia Zaleski.

VOCALES

Titulares: Juan Meer, Isaac Rapaport, Angela Vallone, Héctor Ziegler, José Adonaylo y Lilian Pivetti. **Suplentes:** Susana Otero, Elías Beszkin, Graciela Resnik, Oscar Siscar y Noemí Lisman.

COMISIÓN FISCALIZADORA

Titulares: Mario Daniel Torres, Eduardo Muñio y Claudio Sklar. **Suplentes:** Jaime Juan Fiszman, Beatriz Lewkowicz y Sara Sneibrun.

TRIBUNAL DE HONOR

Henja F. de Rapaport, Catalina Dvorkin, María Rosa Valsangiacomo, Marta Dascal, Luis Zielinsky, Leonardo Voronovskiy, Edith Losoviz, Silvia Rudy y Moisés Gerszenszteig.

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y ASISTENCIA PERMANENTE
Directora: Dra. Beatriz Lewkowicz.

COMISIONES

JORNADAS Y CONGRESOS: Lilian Pivetti y Angela Vallone.
REVISTA Y PUBLICACIONES: Ariel Gómez.
GREMIAL: Héctor Ziegler e Isaac Rapaport.
ESTADUTOS Y REGLAMENTOS: Isaac Rapaport y Héctor Ziegler.
CLÍNICAS: Juan Meer y Patricia Zaleski.
EXTENSIÓN CULTURAL: Jaime Juan Fiszman.
SOCIALES: Ester Ganjevich.
CENTRO DOCUMENTAL: Carlos Vaserman y Marta Sarfatís.
ASESOR CIENTÍFICO: Luis Zielinsky.
MEDIOS AUDIOVISUALES: Juan R. Farina.
CURSOS: Stella M. Flores de Suárez.
SORA: Graciela Resnik.
RELACIONES INSTITUCIONALES: Beatriz Graciela Lombardo.

S.O.R.A. Sociedad de Ortodoncia de la Republica Argentina Seccional del A.A.O. - Comisión Directiva

Presidente
Vicepresidente
Secretaria
Tesorera

Graciela Resnik.
Luis Zielinsky.
Liliana Periale.
Ana María Krüger.

VOCALES

Titulares: Stella Maris Flores de Suarez, Rosario Santoro, Edith Losoviz y Noemí Lisman. **Suplentes:** Eduardo Muñio, Beatriz Lombardo, Beatriz Lewkowicz y Susana Otero.

TRIBUNAL DE EVALUACION

Elías Beszkin, Luis Zielinsky, Graciela Resnik, Beatriz Lombardo, Edith Losoviz, Eduardo Muñio, Liliana Periale, Noemí Lisman, Beatriz Lewkowicz y Amanda Rizzutti.

R.A.A.O.

Revista del Ateneo Argentino de Odontología

RAAO • Vol. XL / Núm. 3 • Septiembre - Diciembre de 2001

Sumario

- 3 Editorial.
- 5 Declaración de la FDI.
- 6 Fracaso en Ortodoncia ¿Sólo errores de técnica?
Drs. Jaime Juan Fiszman y Raquel Kacman.
- 10 Bioseguridad: Precauciones universales.
Drs. Zúlma Beatriz Rodríguez y María Eugenia De Schant.
- 18 Evaluación de la práctica social en la atención de salud bucal.
Noemi Bordoni, Aldo Squassi y Hebe Bellagamba.
- 32 Extrusión dentaria debida a extracciones prematuras sin reposición protética.
Dra. Henja F. de Rapaport.
- 36 El mecanostato óseo.
María Cristina Escala y Víctor Enrique Montangero. Comentarios: Dr. Luis Zielinsky.
- 40 Técnicas quirúrgicas para la reconstrucción del labio superior.
Dr Alejandro Ostrosky. Colaboradores: Dr Amit Mikler, Dr Pablo S. Ansó, Dr Gabriel Padulo, Dr Javier Pinaya.
- 43 Cursos ya programados para el año 2002.
- 46 Noticias del Ateneo.
- 46 Título de Especialista.
- 50 Correo de lectores.
- 51 Agenda de Congresos y Jornadas 2002.
- 56 Información para los autores.

Editorial

A medida que nos íbamos aproximando al año 2000 se fue notando en la gente, aquí y en el mundo, una creciente expectativa: ¡seríamos testigos no sólo de un habitual fin de año sino también de un fin de siglo y de milenio!

A algunos muy prestigiosos historiadores el tema no los conmovía demasiado. Menos aún, no ingresaban a la polémica respecto a si el siglo XX terminaba el último día de diciembre de 1999 o de 2000. Su calendario era diferente: opinaban que el siglo pasado había comenzado en 1914 (iniciación de la primera guerra mundial) y finalizó en 1989 (caída del Muro de Berlín).

A la luz de la magnitud de esos acontecimientos el criterio no parecería descabellado. Sólo les faltaría reflexionar para hallar una ubicación al lapso que media entre 1989 y el 11 de septiembre de 2001 (atentado contra las Torres Gemelas de Nueva York), fecha a partir de la cual consideran la verdadera iniciación del siglo XXI.

Sin la autoridad académica de aquellos pensadores y con el solo criterio de un observador común, parece válido juzgar estos 12 años (más allá de algunas notables conquistas en el terreno científico-técnico) como un período de lamentable retroceso en las condiciones de vida de una faja mayoritaria de la población mundial, la Argentina incluida.

Curiosamente en este mismo 1989 asumía el poder en la Argentina alguien que en su plataforma pre-eleitoral utilizó la consigna "revolución productiva" – léase trabajo para todos- y "salarioazo" – léase mejor nivel de vida para los trabajadores-. Lo que en realidad se construyó fue el período más oscuro que los argentinos vivos recuerdan en cuanto a pobreza material y descreimiento en la justicia.

10 años más tarde la historia se reprodujo. Un candidato presidencial llega al poder con la consigna de modificar lo anterior y, con su conducta, no hace otra cosa que seguir la misma huella y agravar la situación.

Ante tanta desolación material y degradación de los valores éticos, un porcentaje inusual de ciudadanos expresa en las recientes elecciones, su protesta no votando, o votando a nadie. ¡Grave sintoma!

Según se ha visto, los cambios de siglo o milenio no parecen producir modificaciones sustanciales en la vida de la humanidad sino continuar, para mejor o para peor, los procesos en desarrollo. ¿Cuál es el proceso de desarrollo en el ejercicio profesional de los odontólogos y en la salud bucal de la población? La respuesta es casi obvia. Y no puede ser de otra manera si la política económica es la que tenemos.

Frente a esta situación no basta la desazón o la protesta mascullada entre colegas. Se requiere acción.

Algo parece cambiar, FOCIBA ha encarado medidas destinadas a atenuar el alcance de algunas decisiones inconsultas tomadas por algunas prepagas. Eso resulta alentarlo porque revela preocupación y acción concreta por parte de los dirigentes y puede llegar a generar ciertos logros para los dentistas.

Sin embargo, no debemos llamarnos a engaño. Las prepagas han ido modificando regularmente las condiciones de trabajo de los prestadores y siempre en perjuicio de los odontólogos: número de presentaciones mensuales autorizadas, atrasos en los pagos, garantías, aranceles reducidos unilateralmente. Y todo ello cabalgando sobre el temor del colega de quedar fuera de cartilla.

¿Quién les autoriza a semejante conducta?

Pero imaginemos que alguna de esas restricciones desapareciera por la presión ejercida por las instituciones. ¿Quedaría garantizada la salud bucal de nuestros pacientes? Más aún, suponga el colega que una prepaga resolviera aumentar los honorarios en un 10 o 20% ¿modificaría eso la situación humillante a la que los odontólogos han sido arrojados por el poder que las prepagas obtuvieron y obtienen por parte de las autoridades actuales y anteriores?

El Ateneo Argentino de Odontología considera que el objetivo de la profesión organizada debe apuntar a una modificación sustantiva de la situación, es decir, dirigiendo sus esfuerzos a lograr que la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sancione una ley o conjunto de leyes que establezcan con claridad las responsabilidades y los controles de las instituciones que brindan salud (la salud bucal incluida, obviamente).

¿Que no olviden los legisladores lo que prometían en las campañas electorales: la salud no es una mercadería: es un derecho!

¿No es posible, en un país serio, que el dueño de un prepago y sus asesores determinen cuál material debe ser utilizado para obtener un molar y que, además, se le prohíba al odontólogo informar al abonado que eso es una decisión del prepago!

ATENCIÓN DE PACIENTES EN LAS CLÍNICAS DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA

ORTODONCIA

Lunes de 9 a 11 hs - Martes de 9.30 a 11.30 hs.
Jueves de 9.30 a 11.30 hs y de 13 a 16 hs.
Viernes de 9.30 a 11.30 hs - Sábados, de 8.30 a 11 hs.

ORTODONCIA EN ADULTOS

Miércoles de 13 a 15.30 hs.

ORTOPEDIA

Lunes de 9.00 a 11.00 hs - Miércoles de 8.30 a 10.30 hs.
Viernes de 12.45 a 15.00 hs - Sábado de 9.00 a 11.30 hs.

SINA - SERVICIO INTERDISCIPLINARIO PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Miércoles de 9.30 a 11.00 hs. (cada 15 días).

CIRUGÍA I

Martes de 8.30 a 10.30 hs - Sábados de 8.30 a 12.00 hs.

CIRUGÍA II

Jueves de 9.00 a 11.00 hs.

ENDODONCIA

Miércoles de 12.00 a 14.00 hs.

PERIODONCIA

Miércoles de 9.30 a 11.30 hs.

OCLUSIÓN Y DISFUNCIÓN

Lunes de 10.00 a 12.00 hs.

DDF

DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES
12.30 a 15.30 hs. (martes cada 15 días).

OPERATORIA DENTAL

Lunes de 13.00 a 15.30 hs.

IMPLANTES I

Viernes de 8.30 a 11.30 hs.

SIRIA

SERVICIO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN IMPLANTOSISTIDA
Lunes y sábados de 9.30 a 12.00 hs.

ODONTOPEDIATRÍA

Viernes de 9.00 a 11.00 hs.

PROTESIS

Martes de 8.30 a 11.30 hs.

Declaración de la fdi

EOSIÓN DENTAL

1. La erosión dental se caracteriza por la pérdida de superficie de los tejidos duros dentarios. Aunque no se comprende del todo su etiología, se la vincula a un proceso multifactorial químico o de disolución del ácido. Clínicamente, la erosión dental puede aparecer inicialmente como un defecto adamantino brillante y liso, que si no es tratado puede avanzar a la dentina y dar como resultado defectos graves que cambian la forma y función de la dentición.

2. En la erosión no intervienen bacterias, pero puede ser el resultado de la exposición excesiva a ácidos de alimentos, bebidas, regurgitación o del ambiente de trabajo. Su desarrollo parece ser parte de un proceso acumulativo en el que influye la frecuencia y tiempo de la exposición al ácido, las costumbres de higiene oral y la vulnerabilidad individual.

3. Existen tres tipos de erosión dental: extrínseca, intrínseca e idiopática. La erosión extrínseca es provocada por alimentos, bebidas y otras fuentes externas de ácido. La erosión intrínseca está relacionada con la regurgitación o reflujo de fluidos del estómago. Cuando las causas no son obvias, la condición es a menudo generalizada como erosión idiopática.

4. Cuando el proceso es activo, es necesario proteger inmediatamente los tejidos duros del diente para evitar un mayor deterioro. Los dentistas deben tratar de determinar y tomar medidas para reducir los factores etiológicos en el proceso erosivo, además de evaluar las técnicas que evitan el deterioro y que restablecen los defectos erosivos en los dientes. Una acción apropiada puede ser la de consultar a un médico u otro profesional experto.

5. Antes de desarrollar otros métodos más definitivos de prevención y de tratamiento, es necesario investigar más a fondo muchos aspectos de la erosión dental. Las futuras iniciativas de investigación deben comenzar con encuestas

epidemiológicas para determinar la prevalencia, gravedad y alcance en las diferentes poblaciones, e incluir estudios para determinar la patofisiología, factores protectores, técnicas preventivas y quimioterapia.

SUPERVISIÓN DE LOS AUXILIARES EN LA ODONTOLOGÍA.

1. Introducción

El dentista es responsable ante el paciente por el diagnóstico, consejo y la atención dental que le proporciona, de acuerdo con las leyes pertinentes.

Por consiguiente, el dentista es también responsable por el apoyo, guía y supervisión de los auxiliares.

2. Definiciones

2.1 **Auxiliar dental:** El vocablo se refiere a un miembro del equipo dental, en quien el dentista puede delegar parte de la atención dental del paciente, de acuerdo con la legislación vigente.

2.2 **Supervisión:** Control/vigilancia del desempeño de funciones.

3. Responsabilidades

3.1 Es responsabilidad **del dentista:**

Asegurar que todos los miembros del equipo dental tienen la capacidad y la formación necesaria para las tareas que se las ha encomendado.

Controlar y supervisar las funciones de los auxiliares con el propósito de asegurar una atención dental de óptima calidad.

3.2 Es responsabilidad **del auxiliar:**

Llevar a cabo las tareas encomendadas, para las cuales el/ella ha sido debidamente capacitado/a y formado/a, pero no las tareas para las cuales no ha recibido la formación necesaria.

Remitir al dentista toda tarea o condición que no está dentro de su habilidad y formación.

Fracasos en Ortodoncia: ¿Sólo errores de técnica?

Dres. Jaime Juan Fiszman* y Raquel Kacman**

Resumen

Los autores exponen los resultados de 10 años de experiencia en un servicio institucional de atención ortodóncica a niños y adolescentes, poniendo de manifiesto la necesidad de prestar atención también a las subjetividades del paciente y al entorno familiar que influyen decididamente en el uso correcto de la aparatología indicada.

Palabras claves

Psicología - Aparatología - Crecimiento - Maduración.

Summary

The authors expose 10 years experience results of orthodontic treatment to children and adolescents in a dental assistance organization, stating the need to pay attention also to patient's subjectivities and family background which absolutely have an influence upon the correct use of indicated appliance

Key words

Psychology - Appliance - Growth - Maturity.

INTRODUCCION

Queremos entregar en esta presentación el fruto de 10 años de trabajo, destinado a desentrañar las causas de los inconvenientes, demoras, conflictos, y en muchas ocasiones a la interrupción ergo fracaso, de los tratamientos iniciados en nuestro servicio, en un porcentaje no desdeñable de pacientes.

Corresponde explicitar que se trata de la clínica de Ortopedia y Ortodoncia del Ateneo Argentino de Odontología que dirigimos los días miércoles, donde son atendidos niños de ambos sexos, cuyas edades fluctúan mayoritariamente entre los seis y los quince años de edad.

El servicio está constituido por cuatro equipos de trabajo, funcionando en ámbitos separados (boxes) integrados cada uno por dos jefes de equipo y colegas asistentes, a los que se agregan de marzo a diciembre, los colegas cursantes de la especialidad, todo bajo la dirección de un jefe y subjebe de clínica.

Se entiende que este tipo de servicio institucional tiene por

su origen, particularidades que permiten establecer relaciones paciente-profesional, que le son propias. Es por ello que insistimos en señalar que esta experiencia se encuadra en las características singulares de una institución docente - asistencial, sin fines de lucro, donde la totalidad de los colegas que concurren, trabajan ad honorem con pacientes de bajos recursos.

Desde ya que esta tipificación no significa aceptar, ni tolerar merma ni subestimación en la calidad asistencial, tanto por parte de los profesionales actuantes, cuanto por el personal auxiliar destinado al efecto.

Ya entrando en tema, debemos decir que preocupados por los problemas enunciados al comienzo, que se manifestaban en ciertos niños, a quienes en ese momento y condicionados por las escasas respuestas a los tratamientos iniciados, dimos en llamar "pacientes conflictivos" incorporamos al servicio una colega que reunía tres condiciones profesionales que estimamos ideales para la tarea a em-

prender, Odontóloga con vasta experiencia pediátrica en hospitales municipales de la ciudad de Buenos Aires, con conocimiento y práctica de la ortodoncia, psicología (UBA) y psicología social (Escuela P. Riveire), creando el subservicio de consulta y orientación psicológica.

Como primer medida se acordó con los jefes de equipo, que toda situación anómala en la atención de un niño, debía ser comunicada a la encargada del nuevo servicio, quién de inmediato se contactaba con el paciente y el profesional que lo asistía.

Motivos de derivación eran problemas con el uso de la aparatología, roturas a repetición, pérdidas de la aparatología removible, mal o ningún uso de ella, braquets y bandas que se desprendían frecuentemente, incumplimiento de las citas, mala relación paciente-profesional, eran las causas más frecuentes.

Así las cosas, el niño era entrevistado en el nuevo servicio. Con absoluta privacidad la colega registraba datos referidos a la composición familiar: padres, hermanos, abuelos, amistades, actividad escolar, deportiva, gustos.

En el caso, bastante frecuente, de tener sus padres separados, se le interrogaba sobre su relación con el progenitor ausente, frecuencia de contacto, y como eran asumidos, -si era el caso- las relaciones que se establecían con la pareja reconstituída.

En una segunda instancia, se entrevistaba a la persona responsable por el niño, ya sea madre, abuela, tíos, y en escasas oportunidades, el padre.

Se comparaban los datos obtenidos, y se comprobaba que en diversas oportunidades, los datos recogidos eran contradictorios, generados en el niño por las fantasías de un progenitor (ausente) que cubre sus deseos, o por el rencor del adulto que trata de negar al otro, o de encubrir situaciones de familia.

En los casos en que no se conseguía que el niño se expresara en forma verbal, se recurría al dibujo, ya que a través de la explicación del mismo niño y lo que el dibujo dice, se obtenía un medio de comunicación recíproca.

Detectados problemas que se estimaban importantes, los pequeños pacientes y sus progenitores eran orientados a centros municipales especializados, para su tratamiento psicológico, o si así lo deseaban sus padres, tratarlo con un terapeuta de su elección.

Emprendida esta tarea, se estableció un ángulo nuevo en la relación con el paciente. Afloraron hechos y situacio-

nes, en gran medida propios del paciente niño y de su entorno familiar, pero también de las complejas relaciones, objetivas-subjetivas, que se establecen siempre, en el binomio paciente-profesional.

A este aspecto le dedicamos el mayor esfuerzo, dado que era el factor más susceptible de ser modificado, ya que una vez identificada la causa del conflicto, en una falta de empatía, los problemas eran resueltos sugiriendo al colega simples cambios de conducta con ese paciente, o en ciertos casos, sustituyendo un profesional por otro, a veces de distinto sexo. (ver ej.)

Pasamos a narrar algunas de las situaciones tratadas.

Paciente femenino - 13 años: no usaba la aparatología indicada. Indagada por la profesional actuante por las razones de la falta de uso, contesta de mala manera. La colega, consultada por nosotros califica a la paciente de atrevida y mal educada.

De las entrevistas con la niña, surge que ésta afrontaba conflictos con su madre y los proyectaba en la colega, la que a su vez se hacía cargo de la situación y se "enganchaba" en ella. Se decide el cambio de la profesional asistente, por un colega de sexo masculino, la paciente manifiesta su agradecimiento y en un año el tratamiento llega a término.

PROBLEMAS CON LA APARATOLOGÍA.

Paciente masculino, 8 años: progeñie (la madre también). Se lo trata con aparatología intra y extraoral, casquete y mentonera. La colega asistente lo deriva por que todas las semanas rompe el arco de Eschler, se niega a ponerse el aparato por que no le creen que se rompe solo y lo culpan de mal manejo. Los padres son muy buenos colaboradores y después de algunas entrevistas se llega a la conclusión que el uso es correcto y que el arco se rompe por la fuerza del maxilar. Comprobado esto y notificada la colega, se restablece el buen uso y la relación paciente-profesional.

Paciente de 9 años en tratamiento por problemas ortodóncicos: Al regreso de las vacaciones, (2 meses) la madre nos refiere preocupada, que el hijo ha comenzado a hacer visages continuos, lo que la preocupa. Cuando el paciente ingresa a conversar con la psicóloga (que es también odontóloga) esta detecta que los movimientos parecerían estar buscando una posición cómoda del maxilar. Se realiza interconsulta con la ortodoncista a cargo, el jefe del ser-

*Jefe de Clínica del Ateneo Argentino de Odontología

**Encargada Servicio de Orientación Psicológica del Ateneo Argentino de Odontología

Recibido para su publicación en Julio 2001.

vicio y la psicología, detectando una corona en un temporario que está muy alta para la oclusión. Conversando con la madre nos informa que la corona se colocó hacia más de 1 año pero 3 meses atrás se despegó, volviéndose a cementar y recuerda que a los pocos días comenzaron las muecas. Solucionando el problema desaparecieron éstas muecas.

Este caso nos hizo reflexionar sobre la necesidad de no olvidar nuestra condición de odontólogos y prestar especial atención a lo que el paciente comenta, pero sobre todo a la oclusión. Si la psicología no hubiera sido odontóloga, se habría iniciado un largo camino para descubrir la causa de las muecas y hasta podría haber llegado a una consulta con neurólogo, con pérdida de tiempo y estudios tal vez molestos para el paciente, etc.

Otro caso interesante fue el de un niño de 11 años, con problemas escolares que derivan por pérdida de los aparatos. Realizada la consulta, se aconseja a la madre una consulta médica, ya que el niño demuestra una distracción permanente y falta total de atención.

El neurólogo nos informa que el paciente tiene inmadurez y que el estado de distracción forma parte de un síndrome que pone en peligro su vida, ya que cruza las calles sin darse cuenta. Nuestra derivación sirvió para que los padres comprendieran y consultaran. Instaurado el tratamiento farmacológico adecuado, se reinició el tratamiento ortodóncico y en un año se constató una notable mejoría.

Paciente masculino - 9 años: no usa la aparatología indicada, no da razones de su resistencia. De las entrevistas surge que el núcleo familiar consiste en él y su madre, quién permanentemente le manifiesta que el es el hombre de la casa y...; Duermen en la misma cama!

Pacientes masculinos de 8 y 10 años (hermanos): Comienzo a evidenciar permanentes inconvenientes para la continuidad del tratamiento. En la entrevista con la psicóloga, los niños manifiestan estar afectados por la reciente separación de los padres, ya que siendo ambos progenitores de distintos orígenes confesionales, producida la fractura, la madre trata de imponer a los niños su concepción religiosa, denostando la religión del padre, con el consiguiente estado de confusión y ansiedad de los niños.

Estos 2 últimos ejemplos nos generan grandes dudas con respecto a si es conveniente en estos casos iniciar o continuar un tratamiento aparatológico, que salvo en casos de alteraciones funcionales graves, pueden ser dejados para

una instancia más oportuna y favorable.

Datos estadísticos:

De un total de 85 pacientes; 46 femeninos y 39 masculinos,

Padres separados 24

Conviviendo 51

Fallecidos, desconocidos 10

Dentro de los 51 padres que conviven, tenemos:

1 caso de atrofia cerebral

1 caso con enfermedad terminal

2 casos de padres ausentes (es decir, que están en la casa pero no se contactan con sus hijos).

En muchos casos los chicos estaban muy afectados por muertes recientes de familiares cercanos. Un caso de una niña que al hermano mayor lo arrolló un tren. Otro, el de un niño que en un año fallecieron 3 abuelos.

Es decir, que estos datos nos tienen que servir para presumir que el chico que evidencia inconsecuencia en el uso de su aparatología, puede tener problemas en el hogar, en la escuela o en su vida de relación que lo bloquean emocionalmente, y en consecuencia el tratamiento ortodóncico deviene en una sobrecarga.

COLOFÓN:

¿Qué hemos aprendido en estos años siguiendo esta praxis aquí enunciada?

1^o. Que la relación ortodoncista-paciente niño, no debe ser verticalizada, generando un sistema donde el profesional es el centro y el paciente y su familia deben orbitar en su alrededor.

Aprendimos que debíamos establecer una relación horizontal, basada en el respeto mutuo, informando al niño y sus progenitores de todos los pasos a seguir durante el tratamiento y comprometiéndolos al buen uso de la aparatología requerida. Prestando además la debida atención a las quejas o reclamos de los niños, por las molestias que pudieran sentir, producidas por el uso de la aparatología instalada, no utilizando los cómodos clichés a la manera de "ya te vas a acostumbrar". Nadie se acostumbra ni aguanta un elemento permanentemente traumático y nada menos que en la boca.

De la estadística explicitada, surge como factor a ser tenido en cuenta, la incidencia de las disfunciones familiares, a punto tal que en lo personal preferimos diferir la iniciación del tratamiento hasta el momento en que el niño con

el debido apoyo psicológico, esté en condiciones de asumir esta situación, e intentamos participar de esta postura a los padres.

Para finalizar: que no se entienda que cándidamente pretendemos reemplazar un tratamiento ortodóncico con recetas de psicología casera.

Estamos convencidos, y así lo proclamamos en todas las instancias que las malocclusiones deben ser tratadas con extremo conocimiento del crecimiento, desarrollo y función, utilizando técnicas precisas y oportunas, más sin olvidar nunca el delicado terreno sobre el que ejercemos nuestra tarea: un niño en pleno proceso de crecimiento y maduración psicofísica.

Resumiendo

Aprender a escuchar a los niños y a sus padres. No adoptar una actitud omnipotente y sobre todo saber medir nuestras posibilidades y si es necesario remitir al paciente a consultar con quienes pueden contribuir a afrontar problemas como los mencionados, ya que un abandono o un fracaso no sólo afecta al paciente, sino que frustra al profesional, por que es una herida narcista.

Dirección de los autores

Triunvirato 3892 . 2º piso (1431)
Ciudad de Buenos Aires

Nuestra página en internet

Conéctese con nosotros. Nueva dirección

www.ateneo-odontologia.org.ar

Ateneo Argentino de Odontología

- Nuestra Institución
- Autoridades
- Revista
- Convenio con la Universidad Favaloro
- Cursos
- Centro Documental
- Requisitos de inscripción
- Noticias
- Atención clínica
- S.O.R.A.
- Contáctenos

Bioseguridad: Precauciones universales.

*Dra. Zulma Beatriz Rodriguez y María Eugenia De Schant.

Resumen

Precauciones universales significa usar las mismas medidas de prevención para todos los pacientes en atención sean sintomáticos o no. Las técnicas usadas para interferir el primer paso del proceso infeccioso reciben el nombre de técnicas de barreras y consisten en interponer una barrera física entre la fuente de contaminación y el cuerpo del operador.

Las barreras recomendadas por las organizaciones internacionales como O.P.S., O.M.S., A.D.A. y C.D.C. son: los guantes, el barbijo, los protectores oculares, el dique de goma, la vestimenta protectora, las cubiertas descartables para las superficies, las vacunas, los suctores de alta potencia, los colutorios antisépticos y el lavado de manos. Todas estas barreras forman un conjunto eficaz de medidas de protección para evitar la transmisión accidental de enfermedades durante la consulta.

Palabras claves

Bioseguridad, precauciones universales, técnicas de barrera, protección personal, desinfección, odontología.

INTRODUCCION

Durante la atención de pacientes odontológicos, se produce una exposición constante a numerosos microorganismos. Estos microorganismos pueden incluir los virus de la hepatitis B, C, de la inmunodeficiencia humana, del herpes simple, el bacilo de la tuberculosis, el citomegalovirus, estreptococos, estafilococos y muchas otras bacterias y virus.

En el consultorio las infecciones se pueden transmitir por

Summary

Universal precautions imply the use of similar prevention measures for all patients, whether they are symptomatic or not. Techniques used to interfere with the first step of the infectious process are called barrier techniques and consist of interposing a physical barrier between the source of contamination and the body of the operator.

Barriers recommended by international organizations such as P.H.O., W.H.O., A.D.A. and C.D.C. are: gloves, face masks, eye protection, rubber dam, protective clothing, disposable surface covers, vacuines, and antiseptic mouthrinses. All these barriers comprise an effective group of protective measures in order to avoid accidental transmission of diseases during dental office visits.

Palabras claves

Infection control, universal precautions, barrier techniques, personal protection, desinfection, dentistry.

contacto directo con la saliva, sangre y otros fluidos orales; a partir del contacto indirecto con el instrumental, equipamiento o superficies ambientales contaminadas y través de contaminantes aéreos presentes en las gotas, respicaduras y aerosoles de origen oronasal.^{1,2} Existe aún la creencia de que una manera de evitar la exposición a enfermedades infectocontagiosas es citar al personal de la consulta a los llamados "pacientes de riesgo".

¿Quiénes son esos pacientes de riesgo? ¿Cómo detectarlos? Hasta ahora no existe ningún método seguro que permita diagnosticarlos. La historia médica del paciente no es suficiente para permitir identificarlos, debido a que muchos ignoran su condición de portadores de infecciones, y otros las ocultan para no ser rechazados en el consultorio. Es a partir de esta realidad que los C.D.C. (Centros para el Control y Prevención de enfermedades) introdujeron el concepto de "precauciones universales", que significa usar las mismas medidas de prevención para todos los pacientes en atención sean sintomáticos o no.^{3,4,12}

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Uso de técnicas de barreras:

Las técnicas usadas para interferir con el primer paso del proceso infeccioso – la exposición al agente patógeno– reciben el nombre de técnicas de barreras y consisten en interponer una barrera física entre la fuente de contaminación y el cuerpo del operador.

Las barreras recomendadas por las organizaciones internacionales como O.P.S, O.M.S, A.D.A y C.D.C son:^{1,3,4}

- .los guantes de látex
- .el lavado de manos
- .el barbijo
- .los protectores oculares
- .la vestimenta protectora
- .las cubiertas descartables para las superficies, que junto a las vacunas, el dique de goma, los suctores de alta potencia y los colutorios antisépticos forman un conjunto eficaz de medidas de protección para evitar la transmisión accidental de enfermedades durante la consulta.^{5,6,7}

Foto 1



GUANTES DE LATEX

¿Por qué y para que se utilizan los guantes?

Hay profesionales que aún sienten rechazo al uso de guantes durante todas las prácticas odontológicas, pero olvidan la principal razón de su uso: la acción de barrera protectora para el mismo profesional.

El personal odontológico debe usar siempre guantes de látex descartables de un solo uso.

Es importante notar que los guantes de látex no están fabricados para ser lavados luego de ser utilizados, porque se forman pequeños poros cuando se exponen a jabón de manos o desinfectantes. Además con el lavado no está asegurado el arrastre de bacterias o virus de su superficie.

Hay trabajos que demuestran una gran adherencia de algunos microorganismos al látex, por lo tanto se recomienda en vez de lavarlos entre tratamientos, usar un par de guantes nuevos por cada paciente o cuando se observe que haya sido alterada su integridad. También se deterioran cuando se colocan en el autoclave.^{12,13}

En aquellas situaciones en las que el tratamiento se debe interrumpir por breves momentos para luego seguir con el mismo paciente (tomar un frasco, abrir una puerta, atender el teléfono o escribir en la ficha clínica), son muy útiles las manoplas o las bolsas de polietileno superpuestas a los guantes para evitar el contacto del látex con elementos ajenos al acto odontológico (fotos 2 y 3). Los exámenes estomatológicos y los procedimientos no quirúrgicos pueden ser realizados con guantes no esterilizados. Los guantes estériles se usan solamente en caso de tratamientos quirúrgicos.

Foto 2



*Jefas de trabajos prácticos de la Cátedra de Odontología Integral del Adulto, Universidad de Buenos Aires. Docentes autorizadas de la Universidad de Buenos Aires y docentes asociadas de la Asociación Odontológica Argentina. Recibido para su publicación en Octubre de 2001.



Foto 3

LAVADO DE LAS MANOS

Si bien el uso de guantes de látex funciona como barrera protectora, no hay que olvidar la necesidad de un cuidadoso lavado de las manos antes de su colocación. Normalmente existen lesiones y abrasiones que pasan inadvertidas al ojo humano. También se puede acumular sangre debajo de las uñas del profesional durante 5 días posteriores a la realización de técnicas de operatoria o prótesis, en el caso de no haber usado guantes en forma rutinaria con todos los pacientes.

Con el lavado de manos previo a la colocación de los guantes, se reduce la flora bacteriana transitoria hasta en un 99% y se combate la posibilidad del aumento de bacterias debajo del látex (foto 4). Por lo tanto antes del tratamiento de cada paciente el profesional debe lavarse las manos y luego colocarse los guantes. Después del trata-

Foto 4



Foto 5

miento y antes de salir del ambiente operatorio se debe desechiar los guantes y lavarse las manos de nuevo. Este proceso se debe hacer cada vez que se sale y vuelve a entrar en el ambiente clínico. En todos los casos el enjuague se hará con agua fría para cerrar los poros, y al secado con toallas de papel descartable que además, se usará para cerrar la canilla en vez de usar las manos. (fotos 5 y 6)

BARBIJO

¿Por qué se utiliza barbijo?

Los aerosoles contaminados que se producen durante diferentes prácticas odontológicas contienen bacterias y virus potencialmente patógenos que pueden alcanzar los alvéolos pulmonares, de ahí la necesidad de usar barbijo descartables para todo el equipo de salud involucrado en un tratamiento odontológico.

Los barbijos convencionales descartables, de mezclas de fibras sintéticas, filtran el 95% de las partículas dentro de tamaño de 3u a 5u. Existen barbijos de alta filtración que bloquean eficazmente partículas volátiles aún más pequeñas. Se colocan ajustados sobre el puente de la nariz para evitar que no se empañen los protectores oculares (foto 7). Para evitar la contaminación cruzada se recomienda descartarlos entre pacientes. En el caso del mismo paciente, en tratamientos prolongados, se aconseja cambiarlos por cada hora de trabajo, ya que la respiración del operador creará una superficie húmeda en la cara interna que disminuye la pro-



Foto 6



Foto 7

tección del operador, del spray que recibe de los instrumentos rotatorios. Si se está trabajando en un medio de mucho aerosol, se recomienda cambiarlos cada 20 minutos.

VESTIMENTA PROTECTORA

¿Cómo utilizar la vestimenta protectora?

El profesional debe usar camisolines, delantales, ambos descartables, (de un sólo uso), o reusables encima de la vestimenta de calle (foto 7). Estas barreras deben ser cambiadas diariamente o cuando haya signos visibles de sangre. Todas las barreras, guantes, anteojos, máscaras protectoras, batas o chaquetas deben ser quitadas antes de salir de la clínica, del cuarto operatorio o del laboratorio.

PROTECTORES OCULARES

Con el uso de protectores oculares se evitan las lesiones por la proyección de partículas y el acceso de microorganismos a la zona de los ojos.

Las mismas gotas que se generan a partir de líquidos de la cavidad bucal, se reproducen en forma visible en los lentes. Es la prueba más convincente para los odontólogos de la necesidad de la protección ocular.

La mejor protección se logra con elementos que en su diseño incluyen aletas laterales y aletas superiores. (fotos 1-7) En la mayoría de los protectores oculares es imposible lograr la esterilización. Hay que lavarlos con agua y jabón entre pacientes y desinfectarlos luego con un agente que no dañe su superficie.

TÉCNICAS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES.

¿Cómo se limpian y desinfectan las superficies ambientales y el equipo dental?

La materia orgánica que se deposita sobre las superficies forma una película seca transparente o traslúcida que pasa totalmente inadvertida. Es probable que del mismo modo se pase por alto el peligro de infección y se ponga en riesgo no sólo al personal de salud sino a todos aquellos que, como indios espectadores, participan directa o indirectamente del acto odontológico.

En cualquier técnica de desinfección hay un primer paso que no se puede olvidar: **la simple limpieza.**

Esta consiste en eliminar por medios físicos toda la suciedad. Se logran así dos grandes efectos: remoción de materia orgánica (sangre y saliva) y reducción del número de microorganismos presentes en ella. Luego las superficies deben desinfectarse con un germicida químico de nivel intermedio. Se recomienda usar un germicida que haya sido identificado como desinfectante hospitalario y marcado con acción "tuberculicida", es decir capaz de destruir *Mycobacterium tuberculosis*. Si se tiene en cuenta que esta bacteria es uno de los microorganismos más resistentes a los desinfectantes, es de esperar que un tuberculicida sea efectivo contra otros microorganismos.

Cualquier desinfectante con actividad tuberculicida será capaz de destruir bacterias vegetativas, hongos y virus que son menos resistentes a los germicidas químicos.

Dentro de estas características están los compuestos fenólicos complejos, los compuestos clorados y los yodóforos. Cualquiera de ellos son apropiados para desinfectar superficies ambientales.

La OPS (Oficina Panamericana de la OMS), en coincidencia

cia con diferentes autores, recomienda el uso de diluciones de lavandina concentrada como desinfectante efectivo y económico.

Las diluciones pueden ser de 1:100 (una parte de lavandina concentrada en 99 de agua), que equivale a 1/4 de taza de lavandina concentrada (62,5 cc) por galón de agua (3,780 lts. USA o 4,545 lts. UK). En términos prácticos esta dilución se logra en forma aproximada con 3/4 de taza de lavandina concentrada en un balde de entre 10 lts. y 12 lts. de agua corriente.

Una vez elegido el producto se aplica con la técnica de **rociado-frotado-rociado**: se rocía la superficie, se frota con toallas de papel descartables (foto8) hasta remover toda la suciedad visible, **-limpieza-**(foto9), se vuelve a rociar la superficie y se deja en contacto durante el tiempo que indica la etiqueta del producto (nunca menos de 10 minutos) **-desinfección-**(durante todo este proceso se deben usar guantes gruesos, barbijo y protectores oculares) (foto 10)²⁴

Si en el momento de sentar al paciente las superficies aún

Foto 8



Foto 9



Foto 10

estuvieran húmedas se seca el exceso con toallas de papel de un solo uso.

TOALLAS PRE-HUMEDECIDAS

Las compresas pre-humedecidas con desinfectantes, invitan a ser usadas por su practicidad y propiedades cosméticas, como por ejemplo su aroma agradable. Pero desafortunadamente no cumplen con el requisito principal: inactivar bacterias y virus representativos como parámetro de patógenos humanos (la bacteria de la tuberculosis y el poliovirus).

Además los envases con dispensador, con el tiempo permiten la evaporación y pérdida de la actividad germicida. A esto hay que sumarle que las compresas actuales no eliminan virus y bacterias resistentes.

Estas razones hacen necesario reconsiderar el uso de elementos que no son útiles para la eliminación total de gérmenes que sí son inactivados por otras soluciones.¹⁸⁻¹⁹

CUBIERTAS DESCARTABLES

Las cubiertas descartables impermeables, reducen el tiempo dedicado a la limpieza/ desinfección de superficies entre paciente y paciente.^{1,3-12}

Existen zonas de la unidad dental de muy difícil acceso (botones, interruptores de energía eléctrica) cuya naturaleza impide el uso apropiado de soluciones desinfectantes.

Para estas situaciones se utilizan por cada paciente cubiertas impermeables descartables de aluminio, polietileno o compresas con base plástica (foto 11). Luego de atender al paciente, si la cubierta no se dañó o la superficie del equipo no se contaminó accidentalmente durante el re-

cambio, no es necesario volver a limpiar y desinfectar nuevamente, así el tiempo empleado en esta tarea es mucho menor.

VACUNACION

La vacunación puede prevenir las enfermedades producidas por los diferentes agentes patógenos a los que están expuestos tanto el odontólogo como su equipo de salud (gripe, rubéola, paperas, neumonía, tétanos, difteria, hepatitis A, B, etc.)²⁴⁻⁷⁻¹³

La hepatitis B, es la infección de más alto riesgo ocupacional para todo el personal odontológico.

Con el número de casos no diagnosticados de hepatitis B y con la poca fiabilidad de la historia médica, los odontólogos han sido erróneamente inducidos en la creencia de que muy pocos de sus pacientes han padecido, o son portadores asintomáticos de hepatitis B.

Dejando a un lado el informe de la historia médica del paciente, todos los casos deberían ser tratados como portadores de hepatitis B en potencia. El virus de la hepatitis B es estable y resistente a la desecación, por lo cual es capaz de permanecer viable varios días, y aún semanas, sobre superficies y materiales contaminados. Se ha comprobado su presencia sobre mesadas de laboratorios y diversos instrumentos médicos no esterilizados, mucho tiempo después de producida la contaminación. Además se lo puede encontrar en altas concentraciones en la sangre y otros fluidos corporales de portadores crónicos o de personas que cursan una infección aguda.

Intraoralmente la mayor concentración de hepatitis B se encuentra en el surco gingival, lo que hace que en zonas de inflamación crónica haya fácilmente una combinación de saliva y sangre altamente infecciosa. Basados en estos datos hay consenso mundial sobre la necesidad de la vacunación preventiva del equipo de salud contra el virus de la hepatitis B.^{2,7-12-15}

GOMA DIQUE Y SUCTOR DE ALTA POTENCIA

Diversos trabajos han demostrado que el uso de goma dique reduce en forma drástica el número de bacterias con y sin combinación de spray de aire-agua. También se disminuye el contacto directo con la mucosa oral del paciente.²⁶⁻¹² (foto 12)



Foto 11



Foto 12

Además siempre que esté indicado se recomienda tanto el uso de succión de alta potencia como el de la goma dique ya que minimizan la cantidad de gotas, salpicaduras y aerosoles potencialmente infecciosos que se producen durante los procedimientos odontológicos.

COLUTORIOS ANTISEPTICOS

Los enjuagues antimicrobianos son una forma efectiva de controlar la contaminación por aerosoles desde la cavidad bucal del paciente.

Estudios recientes mostraron que las diferentes formulaciones comerciales disponibles (en base a compuestos de amonio cuaternario, fenoles, aceites esenciales, combinaciones con citrato de zinc) son capaces de reducir hasta un

98% la carga bacteriana, pero solamente los enjuagues de gluconato de clorhexidine al 0,12 % pueden reducir el número de bacterias en forma prolongada (durante un período mayor de 5 horas.)¹⁹

Para que estos enjuagues funcionen evitando la contaminación cruzada por aerosoles, deben ser efectuados por el paciente al comienzo de la consulta.

Si bien a la luz de las nuevas investigaciones los principios de control de infección no se mantienen como elementos estáticos, mientras los odontólogos no tengan otras opciones se debería incluir el uso de buches antisépticos pretratamiento como un componente más de las normas de control de infección.¹⁵

BIBLIOGRAFIA

1- Cottone, J., Terezhalmly G.T., Molinari J.A. "Practical infection control in dentistry", 2nd. Ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.

2- Crivelli, M.R., Rodriguez Z, De Schant M.E. Bioseguridad en Odontología. Capítulo del libro "Patología Bucal" de Cecotti E., ed. Panamericana: 277-246.1992.

3- CDC Recommended infection control practice for dentistry. MMWR 41 (RR-8): 1-12, 1993.

4- ADA Council on Scientific affairs and ADA Council on dental practice. Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. J. Am. Dent. Assoc. 127: 672- 680.1996.

5- Cottone H.A., Molinari H.A. State-of-the-art infection control in dentistry. JADA 1991;123:33-41.

6- Crawford JJ.State-of-the-art: practical infection control in dentistry. JADA.1985;110:629-33.

7- Molinari J.A. Infection-control accomplishments: learning the lessons of history. Compend Contin Educ Dent 1996;17:114-6.

8- Albert RK, Condie F. Hand-washing patterns in medical intensive care units. N Engl J Med 1981;304:1465-6.

9- Larson EL. APIC guideline for handwashing and hand antisepsis health care settings. Am J Infect Control 1995;23:251-69.

10- Larson e. A causal link between handwashing and risk of infection? Examination of the evidence. Am J Infect Control 1988;9:28-36.

11- Allen, A. L., Orgam R. J.: "Occult blood accumulation under the fingernails." J.A.D.A. 105:455.1982.

12- Cottone, J. y col. State of the Art infection control in dentistry. J. Am. Dent. Assoc.122: 33.1991.

13- Miller, C. H."Cleaning, sterilization and disinfection: basis of microbial killing for infection control". J.A.D.A. 1993; 124:48-56.

14- Hazelkom H.M., Bloom B.E., Jovanovic B.D. Infection control in the dental office: Has Anything Changed? J. Am. Dent. Assoc. 127: 786-790.1996.

15- Molinari J. A. Dental infection control at the year 2000. Am. Dent. Assoc.130: 1291.1999.

16- Mandel, I.D."Enjuagues antimicrobianos: panorama y actualización". J.A.D.A. (ed arg) Vol. 1, Julio/Agosto 1997.

17- Runnells RR. Countering the concerns: how to reinforce dental practice safety. JADA 1993;124:65-73.

18- Molinari J.A. Use and misuse of disinfectants. Compend Contin. Educ. Dent. 16: 538-542.1995.

19- Molinari J.A. How to choose and use environmental surface disinfectants. In Cottone J.A. Terezhalmly G.T. Molinari J. A. (ed) Practical infection control in dentistry 2nd edition. Baltimore, Williams & Wilkins: 193-198.1996.

Dirección de las autoras
Uruguay 1061, 5to 68. Capital Federal.
e-mail: drazulmarodriguez@ciudad.com.ar.

BECAS PARA RECIÉN EGRESADOS

Invitamos a los cursantes del último año de la Carrera de Odontología de la U.B.A. a participar del sorteo de becas que anualmente otorga esta institución a los recién egresados. Para mayor información dirigirse al Departamento de Cursos del Ateneo Argentino de Odontología.

Dos formas de cuidar la salud bucal



PRESENTACION:
Pomos multilaminados con 100 g.



Crema dental para dientes sensibles y encías sangrantes

Crema dental antiplaca, anticaries y antisarro



PRESENTACION:
Pomos multilaminados con 100 g.

Evaluación de la práctica social en la atención de salud bucal.

Noemi Bordoni*, Aldo Squassi** y Hebe Bellagamba***Odontología Preventiva y Comunitaria, FOUBA. Maestría en Salud Pública (UBA)

Resumen

El objetivo del presente trabajo es evaluar la calidad de experiencias de práctica social empleando la estrategia docente-asistencial, realizadas por la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria en poblaciones con riesgo social y biológico aplicando un modelo alternativo de intervención en salud bucal.

El diseño de programas de salud requerido para instalar la mencionada estrategia incluye tres momentos:

1. Análisis de la situación problema.
2. Construcción de la visión a través de la caracterización del modelo normalizado con sus componentes preventivo, curativo y de mantenimiento.
3. Diseño del modelo propuesto que garantice la viabilidad de su concreción.

Para el análisis evaluativo se seleccionaron muestras provenientes de un universo de 131.513 personas atendidas en las sedes urbanas de la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, a lo largo de 13 años de práctica social universitaria(1985-1997).

Los resultados de los estudios evaluativos revelaron que:

- la atención de salud bucal focalizada en escolares, aplicando el modelo basado en el enfoque de riesgo y con fuerte componente de promoción y prevención resultó eficaz para reducir la incidencia de caries dental.
- la estrategia docente asistencial resultó eficiente para reducir la patología prevalente.
- la aplicación sistemática del modelo revela capacidad de optimización evaluada por la relación entre medidas preventivas vs medidas curativas más medidas mutilantes.
- el modelo de atención aplicado empleando la estrategia docente asistencial alcanzó buena adhesión de los usuarios.
- parece recomendable introducir mecanismos de gestión del sistema que reconviertan la atención por demanda espontánea en atención programada con fuerte componente preventivo cualquiera

Summary

The goal of this work is to evaluate the quality of social practice experiences applying the teaching-services strategies, performed by the Preventive and Community Dentistry Department (School of Dentistry, University of Buenos Aires), in social and biological risk population, applying an alternative model of oral health care.

The design of programs to carry out this strategy includes three moments:

1. Situation analysis and problems identification.
2. Construction of the objective-image to define the normalized model with their preventive, curative and maintenance components.
3. Design of the model.

Samples belonging to the universe of 131.513 people were selected to perform the evaluative analysis. The people were attended during 13 years (1985-1997) in the urban services of this academic units.

The results of the evaluation revealed that:

- 1.The oral health care of schoolchildren based in a normalized model with strong component of promotion and prevention and risk based, were effective to resolve the oral health problems in urban people.
- 2.The teaching-service strategy was efficient to reduce the prevalent pathology.
- 3.The systematic application of model reveals capacity to optimize the relation preventive techniques vs curative and chirurgial techniques.
- 4.The care model applying in the teaching-service experiences obtain good compliance of the users.
- 5.It seem convenient to introduce management

sea el subsector involucrado con el propósito de disminuir los diferenciales de acceso a la atención de salud bucal.

Palabras claves

Programas de atención de salud bucal. Evaluación de calidad. Modelo de atención.

strategies to replace the spontaneous demand by programmed demand with strong preventive component.

Key words

Oral health care program. Quality evaluation. Care model.

INTRODUCCION

El objetivo del presente trabajo es evaluar la calidad de experiencias de práctica social, aplicando la estrategia docente-asistencial, realizadas por la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria en poblaciones con riesgo social y biológico aplicando un modelo alternativo de intervención en salud bucal.

El componente promoción-prevención-atención de la salud bucal debe incorporarse a los proyectos de salud-desarrollo social porque:

- está indisolublemente vinculado con la calidad de vida de las personas,
- tiene alta prevalencia en todos los grupos étnicos,
- es encarado desde la demanda de atención de urgencias, hecho que genera una discapacidad medible,
- tiene alto costo de rehabilitación.

Por otro lado existen medidas de prevención eficaces y de bajo costo (buena relación costo / efectividad) a nivel masivo e individual.

La Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades transmisibles y el Instituto Nacional de la Salud establecieron para el año 2010 entre otras las siguientes metas:

- Reducir la proporción de niños y adolescentes con experiencia de caries dental en dentición primaria y permanente
- Reducir la proporción de niños, adolescentes y adultos con caries no tratada.
- Aumentar la proporción de niños con molares sellados.
- Aumentar la proporción de niños y adultos que usan anualmente el sistema de atención de salud bucodental.

•Aumentar la proporción de niños y adolescentes menores de 19 años o hasta el 200% del nivel medio de pobreza recibian cuidados preventivos durante el año anterior.

•Aumentar la proporción de centros de salud escolares con componente salud bucal.

•Aumentar la proporción de centros de salud comunitarios o departamentos de salud locales incluyendo centros de migrantes y sin techo que tengan componente salud bucal.

Los gobiernos asumieron el compromiso de darles cumplimiento a través de políticas, planes y programas que se concretan tanto en la formación de recursos humanos cuanto en la asignación de recursos para su operacionalización.

Por otro lado la asociación entre pobreza y salud bucal ha sido demostrada en estudios realizados en grupos vulnerables de países desarrollados con diferentes sistemas de atención de salud. (Sweeney y Gelbier, 1999; Jones y col., 1999; Sweeney y col. 1999ⁱⁱ; Tickle y col. 1999ⁱⁱⁱ; Prendergast y col., 1997^{iv}; Vargas y col. 1998^v; Nainar, 1998^{vi}; Kuriakose y Joseph^{vii}; Squassi 1991, op cit)

En la presente investigación se considera como práctica social toda actividad cooperativa y socialmente establecida, mediante la cual los bienes intrínsecos a esa forma de actividad se concretan a medida que se tratan de alcanzar los niveles de excelencia adecuados. Simultáneamente se amplían de modo sistemático el potencial humano (estudiantes de odontología) y se enriquecen las concepciones acerca de los fines y bienes implicados. La estrategia empleada ha sido la articulación entre la docencia, los servicios de salud y la sociedad.

Todas las prácticas profesionales llevan implícitas teorías y esta elaboración teórica consiste en la organización de esas "teorías tácitas", sometiéndolas a crítica, en un discurso profesional que lo admita.

DISEÑO BÁSICO PARA UN PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD BUCAL

Los programas de atención en salud bucal se encuadran en la escala de la programación institucional focalizada, generalmente, en un grupo priorizado en base a sus condiciones de riesgo.

El proceso de planificación-programación del componente salud bucal requerido para la puesta en marcha de experiencias de práctica social empleando la estrategia docente-asistencial, incluye tres momentos:

1. Análisis de la situación problema,
2. Construcción de la visión a través de la caracterización del modelo normalizado con sus componentes preventivo, curativo y de mantenimiento,
3. Diseño del modelo propuesto que garantice la viabilidad de su concreción.

1.1. Análisis de la situación problema

Estudios desarrollados en la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria demostraron que (Squassi 1991^{ix}; Bordoni y col., 1995⁵; Bordoni y col., 2000^{xi}). La existencia de una correlación positiva significativa entre la presencia de problemas socioeconómicos y la prevalencia de caries dental,

la existencia de correlación significativa entre la ausencia de cobertura específica y la prevalencia de caries dental, la existencia de una correlación positiva significativa entre la presencia de actividades educativas específicas y el estado de salud dentaria y gingival.

Desde esta perspectiva pueden identificarse grupos de riesgo con mayores probabilidades de morbilidad y con demanda contenida. El análisis de la situación incluye la caracterización de la población incluyendo la lógica de los actores, la situación de salud bucal y el modelo de resolución observado.

A modo de ejemplo se desarrollara un programa básico destinado a una población destinataria constituida por 300 niños, con una edad promedio de 7,3 años ± 6 meses residentes en un municipio perteneciente al 1er. cinturón del

gran Buenos Aires, en los cuales, el índice de necesidad de tratamiento de caries (Bordoni, 1999) alcanzó a un promedio de 06 (rango 03-11).

1.2. Construcción de la visión : caracterización del modelo normalizado

El modelo normalizado se define por una serie de ejes, los que se particularizan mediante atributos caracterizadores.^{xii, xiii}

Estos ejes son:

- .Modos de priorización de problemas y poblaciones
- .Etapas del proceso de salud-enfermedad que se privilegia
- .Tipología de la demanda de atención
- .Tipo de organización del sistema en los espacios intra y extrasectoriales
- .Pertinencia entre las tareas de atención a la salud y el tipo de organización propuesto
- .Modos de asignar recursos humanos
- .Tipología de la tecnología aplicada
- .Modos para la asignación de recursos financieros
- .Criterios de calidad

Estos ejes permiten identificar criterios que permiten caracterizar el modelo normalizado.

Los atributos caracterizadores del modelo propuesto son:

1. Aplicación del enfoque de vulnerabilidad social, económico y ambiental surgido del estudio de las condiciones de vida de las poblaciones.
2. Priorización de los problemas en función del valor (magnitud y trascendencia) para los actores y de la eficacia y la eficiencia con que pueden controlárselos.
3. Demanda y atención programada
4. Definición de los niveles de resolución tecnológica en términos de productos (altas) que se corresponden con los niveles de atención a la salud.
5. Fortalecimiento de las medidas de salud pública, de fomento a la salud, de prevención de enfermedades y del resto de las tareas del 1er. nivel de atención.
6. Articulación de los recursos sectoriales y extrasectoriales en redes de servicios aplicando criterios de complementariedad.
7. Aplicación de criterios más holísticos respecto de recursos humanos en salud.
8. Asignación de recursos en base a las metas de servicio.
9. Utilización adecuada de la tecnología apropiada.
10. Asignación de recursos financieros en función de estudios de costo-efectividad.

11. Desarrollo de la evaluación de las estructuras, de los procesos y de los resultados en términos de productos (altas) y del impacto producido.

12. Toma de decisiones basadas en los siete pilares de la calidad: equidad, eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad y legitimidad.

Estos atributos deben estar presentes en los momentos de planificación-ejecución-evaluación de las acciones sean estas aplicadas en un espacio geográfico o institucional. El modelo normalizado deberá expresarse en términos de funciones donde se concretan las actividades y tareas conducentes al logro de las metas de servicio. (Bordoni y col, 1999)^{xiv}

1.3. Construcción de la viabilidad: programación del modelo propuesto

Para seleccionar las estrategias a implementar es necesario establecer grandes acuerdos referidos a:

- .la priorización de la población a cubrir,
- .la determinación de objetivos y metas de servicio,
- .la selección de estrategias que guarden pertinencia con los objetivos y las metas planteados para resolver los problemas priorizados,
- .la asignación de recursos humanos y físicos en función de las metas de servicio establecidas,
- .la selección de indicadores,
- .el cronograma acordado y las instancias de evaluación.

1.3.1. Priorización de los grupos

El criterio básico de priorización aplicado en los programas escolares es la edad.

En segundo término puede ajustarse el grupo focal de acuerdo con la existencia o no de cobertura de salud bucal. Un tercer criterio empleado para el ajuste de la población meta es la adopción del enfoque de riesgo biológico específico que permite realizar una aproximación a los perfiles de patología esperado en los diferentes grupos etarios.

1.3.2. Objetivos y metas de servicio

.Objetivo general

Mejorar las condiciones de salud desarrollando un programa que incorpore mecanismos de gestión del sistema capaces de:

- .reconvertir la atención por demanda espontánea en atención programada;

.aplicar una atención clínica con fuerte componente preventivo con el propósito de disminuir los diferenciales de acceso a la atención de salud bucal de los niños cubiertos.

.Objetivos específicos

- .Mejorar la información específica de los escolares
- .Reducir el nivel de riesgo biológico específico de la población cubierta, aplicando un programa con fuerte componente preventivo.
- .Resolver las necesidades acumuladas referidas a los problemas bucales prioritarios de la población cubierta.

.Metas

- .Cubrir el 80% de la población escolar cubierta que presenta riesgo biológico, con actividades correspondientes a una capacidad resolutoria del 1º nivel de atención ampliado o ALTA BASICA, en el lapso de 2 años.
- .Mantener en condiciones de salud bucal a la población cubierta mediante la aplicación del componente preventivo sistemático.

1.3.3. Selección de estrategias pertinentes en base a la evidencia científica

Existen tendencias basadas en la evidencia científica que orientan la toma de decisiones en salud pública a partir de las cuales se ejecutan las prácticas clínicas^{xv}.

Las grandes tendencias son:

- .Mantenimiento del criterio de equidad.
- .Fortalecimiento de intervenciones de 1º y 2º nivel.
- .Mejoramiento de la gestión de los servicios de salud bucal para garantizar el buen uso del gasto público.

Según los objetivos planteados se podrán seleccionar estrategias que integren un Programa Preventivo, un Programa Escolar de Atención Básica o un Programa Escolar de Atención Integral, incorporando en estos dos últimos un fuerte componente preventivo. Los componentes para la ejecución de un programa focalizado de salud bucal con fuerte componente preventivo se consignan en el Cuadro 1.

1.3.4. Asignación de recursos

.Determinación básica de recursos humanos en términos de horas / profesional

El cuadro 2 muestra la asignación de recursos en términos de horas/profesional necesarias para alcanzar las metas de servicio planteadas en el ejemplo.

Estas horas fueron calculadas estableciendo módulos horarios promedio para cada producto o tipo de alta propues-
ta. Estos módulos horarios se consideran válidos como
rendimiento promedio para los profesionales. No obstan-
te, la modularización horaria debe ser acordada con los
profesionales actuantes.

Se estima que dos profesionales trabajando 6 hs diarias duran-
te 20 días mensuales (240 hs mensuales) necesitarían 3 me-
ses, 2 días y 3 hs \pm 15% para alcanzar la meta de alta básica.
Los recursos tecnológicos a considerar pueden clasifi-
ficarse desde la perspectiva funcional en: gerenciales y
odontológicos.

CUADRO 1: PROGRAMA DE ATENCIÓN BÁSICA O INTEGRAL CON FUERTE COMPONENTE PREVENTIVO			
NIVEL DE ATENCIÓN	ACTIVIDADES	TAREAS	PRODUCTO
1er. NIVEL	<p>Diagnóstico</p> <p>Resolución de urgencias</p> <p>Control de enfermedades evitables a nivel boca/ Monitoreo en salud para el mantenimiento</p>	<p>Diagnóstico e interpretación diagnóstica</p> <p>Resolución de infección, dolor, traumatismos, etc.</p> <p>Control mecánico y químico de placa dentobacteriana.</p> <p>Inactivación y estabilización de caries amelodentinarias abiertas</p> <p>Remineralización de tejidos dentarios</p> <p>Control de nichos cariogénicos (surcos profundos o retentivos de placa) y periodontopáticos (cálculos).</p> <p>Restauraciones preventivas.</p>	ALTA BÁSICA
2º. NIVEL	<p>Diagnóstico</p> <p>Control de enfermedades a nivel de sitios/ diente para la limitación del daño de enfermedades evitables y no evitables</p> <p>Rehabilitación funcional y estética a nivel diente</p> <p>Resolución de los problemas de desdentamiento prevalentes (desdentamiento total)</p>	<p>Diagnóstico e interpretación diagnóstica</p> <p>Resolución de problemas pulpares, incluyendo la quirúrgica</p> <p>Resolución de problemas periodontales</p> <p>Resolución de problemas mucosos simples</p> <p>Resolución de traumatismos dentarios</p> <p>Restauraciones plásticas y rígidas</p> <p>Integración coronaria</p> <p>Rehabilitación protética del desdentado total</p>	ALTA INTERMEDIA
3º. NIVEL	<p>Resolución de problemas de desdentamiento complejos</p> <p>Resolución quirúrgica de problemas de ATM, de traumatismos maxilofaciales</p> <p>Resolución de problemas de oclusión complejos</p> <p>Resolución de problemas bucales de cualquier nivel de resolución tecnológica en pacientes con riesgo médico</p>	<p>Rehabilitación protética</p> <p>Tratamiento quirúrgico y otros de alta complejidad</p> <p>Tratamientos de ortodoncia correctiva</p> <p>Varios</p>	ALTA INTEGRAL

CUADRO 2: ASIGNACION BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS			
Población a cubrir (Grupo A)	INT Promedio	Hs/ Profesional por niño incluyendo diagnóstico	Hs/ Profesional totales
300 niños	06 (Rango 03-11)	2 hs 30 minutos	750 hs/profesional \pm 15%

Desde la óptica gerencial deberá incluirse a los servicios de salud bucal dentro del sistema informatizado de recolección de datos, pero teniendo en cuenta sus particularidades, que resulta imprescindible cumplir para un adecuado monitoreo epidemiológico para el control de las condiciones de equidad, eficacia, eficiencia y su capacidad de optimización.

Respecto de los recursos físicos, debe definirse un espacio basado en criterios teóricos globales que deberán ser contrastados con la disponibilidad de la sede propuesta para su posterior adecuación. Las áreas requeridas en un servicio de atención en salud bucal son:

- (1) Recepción con área de educación para la salud.
- (2) Clínica general con área de radiología protegida (eventual).
- (3) Área de decontaminación, lavado y esterilización con sector húmedo y seco.
- (4) Economato / depósito.
- (5) Secretaría / recepción .
- (6) Vestuarios y baños (pueden ser comunes).

De acuerdo con la normatización general es necesaria una superficie de 2, 50 m x 2,60 m, por cada unidad dental, incluyendo las áreas-sombras requeridas en la ejecución de las funciones desempeñadas por el operador y el ayudante. Estos espacios funcionales insumen aproximadamente 80 m² para servicios que incluyen una clínica general con capacidad simultánea para 6 pacientes, es decir 6 unidades odontológicas simplificadas o camillas.

La atención de escolares puede desarrollarse en las sedes escolares. En este caso, al emplear recursos físicos no convencionales para el primer nivel de atención, se requiere un equipamiento mínimo, pero no puede obviarse la disponibilidad de elementos que hacen a la calidad de las prestaciones, incluyendo las normas de bioseguridad.

1.3.5. Cronograma

El cronograma propuesto para realizar la experiencia docente-asistencial se desarrolla en el Cuadro 3.

1.3.6. Evaluación

Los indicadores para la evaluación estructural que pueden emplearse son:

- .Nivel de cobertura alcanzada
- .Frecuencia de altas producidas
- .Cantidad de prestaciones realizada.

Un indicador para la evaluación de procesos es: la permanencia bajo de los niños bajo fase de tratamiento y de mantenimiento.

Para la evaluación de resultados, uno de los indicadores empleados es el aumento de la demanda de cooperación técnica por parte de otras organizaciones o gobiernos de otras bases territoriales

2. EVALUACIÓN DE CALIDAD DE EXPERIENCIAS DE PRÁCTICA SOCIAL

2.1. Objetivo

El objetivo de esta investigación es evaluar los resultados de la práctica social de estudiantes avanzados de la carrera de Odontología en una selección de programas que aplican el modelo de atención de salud bucal descripto.

Este trabajo puede considerarse desde dos vertientes: la primera como evaluación de un modelo de atención de salud y la segunda, como estrategia para la formación de recursos humanos en salud en ese contexto. La práctica social se plantea como objeto y estrategia (fin y método) curricular para ciencias de la salud. Aparece, desde la

CUADRO 3: CRONOGRAMA

Prerrequisitos tiempo estimado 90 días	DIA 0	DIA 1	DIA 2	DIA 3/6	DIA 7/27	DIA 28
FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA
Firma de convenios formales	Diagnóstico basal (eventual)	Práctica: Revelado de placa bacteriana. Enseñanza de higiene bucal. Pasaje de hilo dental.	Práctica: Revelado de placa bacteriana. Pasaje de hilo dental.	Práctica: Revelado de placa bacteriana. Pasaje de hilo dental.	Revelado de placa bacteriana. Registro de índice de O'Leary post mediato	Revelado de placa bacteriana. Registro de índice de O'Leary post mediato
Preparación de Fichas Técnicas	Resolución de urgencias. (eventual)	Evaluación para la salud, dieta, fluoruros, visita periódica, etc	Evaluación de conocimientos mediante una prueba estructurada.	Restauración de dientes afectados del 1er. cuadrante 2º, 3º y 4º cuadrante	Inicio del programa de mantenimiento	Diagnóstico final. Evaluación de mantenimiento.
Capacitación de personal del servicio	Educación para la salud: boca, dientes, encía, placa bacteriana, etc.	Aplicación de fluoruros	Aplicación de selladores (eventual) o de remineralizante		Desarrollo de programa de mantenimiento semanal. (Enjugatorios con FNa al 0,2%)	Tratamiento estadístico de datos
Preparación y distribución de notas para obtener el consentimiento informado	Enseñanza de higiene bucal. revelado de placa bacteriana. Registro de índice de O'Leary basal. Enseñanza de higiene bucal.					Preparación del informe
Diseño y montaje de las sedes incluyendo cepillero	Inactivación de caries					
Recolección de consentimiento informado de los padres						

perspectiva didáctica, como objeto de enseñanza en la búsqueda de mejores respuestas a la problemática de salud.

2.2. Material y técnicas

Para el análisis evaluativo se seleccionaron muestras provenientes de un universo de 131.513 personas atendidas en las sedes urbanas de la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, a lo largo de 13 años (1985-1997). Los atributos de calidad a evaluar son: la eficacia, la efectividad, la eficiencia, la capacidad de optimización y la adhesión de los usuarios a los programas.

La selección de programas realizada incluye las sig. sedes:

(a) **Sedes donde la Universidad se vincula con la soc. civil.** Estas sedes se categorizar según la tipología de la base de aplicación: territorial o institucional y la capacidad resolutoria alcanzada. Ellas son:

Programas institucionales focalizados con capacidad resolutoria en 1° y 2° niveles:

.Articulación Docente Asistencial I¹, realizada en las escuelas: O. Leguizamón, A. Brown, L. Anadón, R. Peña, J. Larrea, Dr. Rawson, H. Irigoyen, Pcia. de Formosa y M. S de Amato.

.Articulación Docente Asistencial II²: operacionalizada en las Escuela French y Berutti, el Instituto Lezica del Patronato de la Infancia y la Escuela Gral. J. M de Güemes (Pcia de Bs As).

Programas de base territorial con capacidad resolutoria de 2° nivel de atención:

.La Articulación Docente Asistencial II³ se desarrolla en dos barrios: Barrios Rivadavia y Mitre.

(b) Sedes donde la Universidad se vincula con las organizaciones sectoriales del estado.

Estas sedes de categorizar dentro del 2° y 3er. nivel (riesgo médico) de resolución tecnológica. Ellas son:

Centros de salud⁴

.Centros de Salud N° 15 de San Telmo (GCBA)

.Centro Gálvez (Municipio de San Fernando)

7 Hospitales⁵

Dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, del Municipio Avellaneda (actualmente desactivado), del Municipio de Lomas de Zamora, del Municipio de La Matanza y del Municipio de San Isidro.

Centros de alto riesgo médico⁶

.Hospital Garrahan

.Hospital Argerich

.Hospitales de derivación al Centro para la atención de pacientes de alto riesgo 1 (CLAPAR 1 /FOUBA)

Los indicadores de estructura y de proceso seleccionados para esta investigación fueron los siguientes:

- .determinación de perfiles de patología en la situación basal y post-programas.
- .modularización para la asignación de recursos humanos.

Si bien no se incluyen en los resultados de este trabajo se realizan sistemáticamente la pertinencia en la toma de decisiones clínicas basados en la aplicación de algoritmos y protocolos a partir de muestras aleatoriamente seleccionadas entre la documentación de pacientes atendidos en las diferentes sedes

Los indicadores de producto empleados fueron los sig:

- .cobertura alcanzada
- .cantidad y perfil de prestaciones desarrolladas
- .proporción de personas que alcanzaron el alta básica
- .satisfacción de actores y de su entorno familiar, expresados en términos de permanencia en tratamiento hasta el alta básica.

Como indicadores de impacto se usaron:

- .la eficiencia y efectividad alcanzada mediante la capacidad para la reconversión de patología.
- .la demanda creciente de cooperación técnica solicitada a la unidad académica.

2.3.Resultados

Los resultados referidos a la producción general de las in-

1.Coordinación: M. Galarza; Z. Pedemonte y colaboradores.

2.Coordinación: H. Bellagamba, I. Ishikawa, L. Pereyra y col.

3.Coordinación: C. Capuano; N. Furci, A. Capurro y col.

4.Coordinación: S. Valente; G.Klemenski; M. Haro y col.

5.Coordinación: S. Cohen; D. Mauro; A. Cueto; A. Simón, M. Mantovani; C.Costa; S. Cristaldi; D. Campi y colaboradores.

6.Coordinación: A. Squassi; S. Valente; A. Pistochini y col.

tervenciones clínicas desarrolladas en el lapso analizado se describen en el Cuadro 4. Los resultados de la experiencias de evaluación aplicadas se resumen a continuación. La experiencia que permite demostrar la eficacia del modelo aplicado en la práctica social fue desarrollada en dos sedes escolares, aplicando un diseño experimental. Los resultados revelaron que la incidencia de caries resultó significativamente menor cuando se aplicó durante 2 años un programa escolar empleando enjuagatorios semanales de fluoruro de sodio al 0,2 % (Cuadro 5). Al plantear la experiencia como práctica social, es decir ejecutada por alum-

nos avanzados de la carrera de Odontología, los resultados alcanzaron una mejor relación costo-efectividad que en el caso de ser aplicado por investigadores: US\$ 0,90 y US\$ 0,08 por superficie prevenida (Bordon Squassi, Doño y colaboradores, 2000), respectivamente (Cuadro 6).

Al analizar los tiempos dedicados a los diferentes tratamientos realizados sobre una muestra de 5.157 niños asistentes a escuelas de la Ciudad de Buenos Aires, verificó que el 71% de los tratamientos estaban representados por tareas pertenecientes al 1er. nivel de resolución tecnológica.

CONDICIÓN EVALUADA	RESULTADOS
Cobertura total	131,513 personas
Producción en términos de prestaciones	995,300 prestaciones
Producción en términos de Altas básicas	86 %
Producción en términos de Altas integrales (sin incluir ortodoncia ni prótesis)	En un rango del 26,6 % al 49 % según sede

PROGRAMA	POBLACIÓN EVALUADA (ESCUELAS DEL GCBA)	RESULTADOS	
		GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
HIGIENE BUCAL Y ENJUAGATORIO SEMANAL CONTROLADO DE FNa AL 0,2%	600 ESCOLARES 6,8 AÑOS +/- 9 MESES	EXAMEN INICIAL (C/D) = 2,02 +/- 0,22	EXAMEN INICIAL (C/D) = 2,45 +/- 0,63*
		EXAMEN FINAL (C/D) = 2,85 +/- 0,35#	EXAMEN FINAL (C/D) = 4,90 +/- 0,38#*

*# Diferencias estadísticamente significativas

PROGRAMA	RECURSO HUMANO PARTICIPANTE	POBLACION (ESCUELA DEL GCBA)	RESULTADOS ESTUDIO APAREADO ENTRE GRUPOS EXPERIMENTAL Y CONTROL
HIGIENE BUCAL Y ENJUAGATORIO SEMANAL CONTROLADO DE FNa AL 0,2 %	INVESTIGADORES	600 ESCOLARES EDAD MEDIA: 6,8 AÑOS +/- 9 MESES	REDUCCION DE LA TASA DE INCIDENCIA DE CARIES 69,50 % EN EL TERMINO DE 2 AÑOS
HIGIENE BUCAL Y ENJUAGATORIO SEMANAL CONTROLADO DE FNa AL 0,2 %	ALUMNOS AVANZADOS (PRACTICA SOCIAL CURRICULAR)	1.200 ESCOLARES EDAD MEDIA: 8 AÑOS +/- 6 MESES	REDUCCION DE LA TASA DE INCIDENCIA DE CARIES 51 % EN EL TERMINO DE 3 AÑOS

MUESTRA:	5.157 NIÑOS ESCOLARES
LAPSO EVALUADO:	5 AÑOS
SEDES:	ESCUELAS URBANAS DEPENDIENTES DEL GCBA
FUENTE DE DATOS: DIRECTO (PROVENIENTE DEL CURSO CURRICULAR; ARTICULACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL I)	
TIPO DE TRATAMIENTO	TIEMPO DE TRATAMIENTO
EDUCACION PARA LA SALUD (HIGIENE BUCAL Y ASESORAMIENTO DIETÉTICO)	12,5 %
TRATAMIENTOS NO INVASIVOS	58,5 %
TRATAMIENTO OPERATORIOS	20,7 %
OTROS TRATAMIENTOS	8,2 %
TRATAMIENTOS ORTODONCICOS O QUIRURGICOS	0 %

MUESTRA:	INDICADOR EMPLEADO	
260 NIÑOS (RANGO: 5-13 AÑOS) ASISTENTES A SEDE ORGANIZACION NO GUBERNAMENTAL	RELACION ENTRE PRESTACIONES PREVENTIVAS/PRESTACIONES CURATIVAS + QUIRURGICAS (EXTRACCIONES)	EXAMEN BASAL 1/3
		POST 3 AÑOS 3/1
		POST 4 AÑOS 4/1

POR DEMANDA PROGRAMADA 86,11 %	POR DEMANDA ESPONTANEA 69,29 %
-----------------------------------	-----------------------------------

* FUENTE DE DATOS: DIRECTO (PROVENIENTE DE LOS CURSOS CURRICULARES; ARTICULACIÓN DOCENTE ASISTENCIAL I Y II)

La capacidad de optimización expresada por la reconversión del perfil prestacional se demostró por los cambios de la relación existente entre prestaciones preventivas y prestaciones curativas más prestaciones quirúrgicas (extracciones), realizadas sobre la población de 260 niños asistentes a una escuela dependiente de una organización no gubernamental en la Ciudad de Buenos Aires. La relación mencionada varió de 1/3 en el examen basal a 4/1 luego de 4 años de atención (Cuadro 8). La adhesión al tratamiento por parte de los usuarios fue demostrada en una cohorte de 33.126 pacientes de los

cuales 86,11% permanecieron bajo tratamiento hasta el alta básica, mientras lo hicieron sólo el 69,29% de los pacientes incorporados por demanda espontánea. Con referencia a la institucionalización del modelo de atención se ha incrementado a partir de 1985, año de inicio en dos sedes dependientes del entonces Municipio de la Ciudad de Buenos Aires, extendiéndose a 21 sedes sectoriales y extrasectoriales dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 6 sedes dependientes de Municipios del área Metropolitana, 2 programas intensivos y 2 programas rurales. (Pcia de Misiones y Pcia. de Bs As).

2.4. Discusión

La relación pobreza / estado de salud bucal se ha demostrado en diferentes bases territoriales. Todos las personas incorporadas en estos programas pertenecían a grupos de alto riesgo social. En un estudio sobre 2.753 escolares, Ripa y col demostraron que los niños de bajo nivel socioeconómico tenían mayor prevalencia de caries y menor cuidado preventivo y mayor demanda de almuerzo escolar.

Freire y col (1999)^{xvii} estudiaron la prevalencia de caries y la necesidad de tratamiento de escolares del estado de Goiás, Brasil. Encontraron que un 4,4 % de niños estaban libres de caries a los 12 años y tenían un CPOD de 0,41 a los 6 años y de 5,19 a los 12 años. Los mismos autores en 1997^{xviii} analizaron la incidencia de caries en una población fluorada durante 9 años y comprobaron una reducción del 57,1% del CPOD comparado con la línea basal. No obstante, señalaron la necesidad de que los programas escolares debían focalizarse sobre la educación y el mejoramiento de los determinantes de salud.

Estos hallazgos concuerdan con los altos niveles de caries dental encontrados en los estudios basales de los diferentes programas. Esto confiere evidencia a la hipótesis que plantea que la pobreza es una variable interviniente en el proceso de caries dental y que los niños con riesgo social presentaban severas necesidades de salud bucal.

Robinson y col en 1998^{xxx}, al estudiar longitudinalmente la salud bucal de escolares cubiertos por el programa Medicaid en Carolina del Norte (EEUU) encontraron que la mitad de los niños nunca habían usado la cobertura. Entre los usuarios de servicios necesitaron restauraciones el 45%. Concluyen que la mayoría de los niños cubiertos por este programa no adherían a las normas establecidas sino que usaron los servicios esporádicamente y recomendaron el aumento del uso de servicios preventivos. A observaciones semejantes arribaron Kenney, Ko y Ormond en el año 2000.^{xxxi}

Bedos y Brodeur (2000)^{xxxii} desarrollaron un estudio para analizar la prevalencia de caries y determinantes de salud sobre 322 escolares haitianos de 12 años de edad. Al analizar los diferentes recursos disponibles concluyeron que una pérdida de fuentes de financiamiento limitan la posibilidad de intervención en países en desarrollo y que la asignación de recursos es clave para cualquier programa que haya demostrado efectividad en estudios epidemiológicos.

Por otro lado, otras investigaciones, que aclaran los procesos de salud-enfermedad-prevención-tratamiento de esta enfermedad, permiten adoptar decisiones clínico-sanitarias validadas.

Al analizar los programas de atención de salud en el estudio evaluativo se encontró que el modelo aplicado alcanza atributos de eficacia, efectividad, eficiencia, capacidad de optimización y genera aceptable adhesión al tratamiento.

La guía para los servicios clínicos preventivos que se emplea en Canadá y la el grupo canadiense sobre exámenes de salud periódicos recomiendan la fluoración del agua, la suplementación de fluoruros donde el aporte sea bajo, las medidas fluoradas de aplicación profesional y las autoadministradas en personas con riesgo o actividad de caries.

Van der Fehr y Haugejorden, en 1997^{xxxiii} comunicaron los resultados de la declinación de caries dental y el uso de fluoruros y atribuyeron a la fuerte oferta de programas preventivos basados en fluoruros a nivel escolar y del Servicio Dental Público la declinación de caries registrada en Noruega.

Einarsdottir y Bratthall en 1996^{xxxiv} analizan la población escolar en Islandia y afirman que la declinación de caries no puede ser atribuida a ninguna medida en particular, sino que el cambio verificado en la filosofía del tratamiento de caries, junto con el uso de los barnices fluorados, sellantes y el aumento de la oferta de atención serían los responsables de esta declinación.

Speechley y Johnston (1996)^{xxxv} concluyeron que sería prematuro terminar con los programas preventivos efectivos, debido a una posible terminación del ciclo de declinación de caries en los países industrializados.

Sterritt y col (1994)^{xxxvi} evaluaron tres programas escolares diferentes aplicados en la isla de Guayana con aplicación de: (a) enjuagatorios fluorados, (b) con aplicación de selladores de fosas y fisuras y (c) con ingesta de agua de consumo fluorada.

El 1er grupo redujo un 25,4% el índice CPOD y cuando se agregaron selladores de fosas y fisuras se redujo un 44,4% adicional. Después de 3 años, la declinación del grupo c fue de 34,5%. Cuando se aplicaron los 3 programas (el A, durante 13 años, el b durante 5 años y el c durante 3 años se alcanzó un nivel de declinación del 72,8%.

Marthaler (1994)^{xxxvii} evaluó los cambios resultantes de la reducción de caries en escolares suizos (80 al 85 %)

atribuyendo a la fuerte concentración de programas preventivos y recomendando el aumento de los cuidados odontopediátricos. En las experiencias que demuestran la eficacia de los programas escolares se encontró que la reducción de la incidencia alcanzaba a un rango entre 51 % y el 82,69%, según el tipo de programa y los recursos humanos participantes.

Por otro lado, el impacto de los programas evaluado por la reconversión del perfil de las prestaciones y por el grado de diseminación del modelo propuesto permite especular con una concreta institucionalización lo que le atribuye una interesante condición de legitimidad.

2.5. Conclusiones

Las evaluaciones revelan que la atención de salud bucal de escolares niños y adolescentes realizada en las experiencias de práctica social, aplicando el modelo normalizado con fuerte componente de promoción y prevención y basado en el enfoque de riesgo, resulta eficaz para la resolución de la patología bucal prevalente en poblaciones urbanas.

Estudios evaluativos revelan que la estrategia docente-asistencial basada en el modelo normalizado resulta eficiente para reconvertir los perfiles de patología prevalente en escolares urbanos.

La aplicación sistemática del modelo revela capacidad de optimización evaluada por la relación entre medidas preventivas vs medidas curativas más medidas rutilantes.

El modelo de atención aplicado empleando la estrategia docente asistencial alcanzó buena adhesión de los usuarios.

Parece recomendable introducir mecanismos de gestión del sistema que conviertan la atención por demanda espontánea en atención programada con fuerte componente preventivo cualquiera sea el subsector involucrado con el propósito de disminuir los diferenciales de acceso a la atención de salud bucal.

REFERENCIAS

Bibliografía

- I. Sweeney PC; Gelbier S: The dental health of pre-school children in a deprived urban community in Glasgow. *Community Dent Health* 1999. 16 (1): 22-5.
- II. Jones CM, Woods K, Taylor GO: Social deprivation and tooth decay in Scottish schoolchildren. *Health Bull* 1997 55 (1) 11-5.
- II. Sweeney PC, Nugent Z, Pitts NB: deprivation and dental caries status of 5 year old children in Scotland. *Community Dent Oral Epidemiologic* 1999. Apr. 27 152-9
- III. Sweeney PC, Nugent Z, Pitts NB: deprivation and dental caries status of 5 year old children in Scotland. *Community Dent Oral Epidemiologic* 1999. Apr. 27 152-9
- IV. Tickle M, Williams M, Jenner T, Blinkhorn A: The effects of socioeconomic status and dental attendance on dental caries experience, and treatment patterns in 5 year old children. *Br Dent J* 1999 186(3): 135-7
- V. Prendergast MJ, Beal JF, Williams SA *Community Dent Health* 1997 14 (1) 18-21.
- VI. Vargas Cm; Crall JG; Schneider DA: Sociodemographics distribution of pediatric dental caries. *J Am Dent Assoc* 1998 129(9): 1229-38.
- VII. Freire MC, de Melo RB; Almeida e Silva S. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery schoolchildren in Goiania -GO, Brasil.
- VIII. Kuriakose S, Joseph E: caries prevalence and its relation to socio-economic status and oral hygiene practices in 600 preschool children of Kerala, India. *J Indian Soc Pedod dent* 1999 17 (3) 97-100
- IX. Squassi, A (1991): Predicción de caries dental. Resis de Doctorado Universidad de Buenos Aires
- X. Bordoni, N, Squassi A; Bonazzi, M: Quality control in oral health care model. *J Dent Res* 1995.74:437 (Abs)
- XI. Bordoni, N; Squassi A; Mercer H. Evaluation of the Quality of Oral Health Care Processes Using the Semiotics of Statements Method. *J Dent Res* 2001.80(5):
- XII. Bordoni, N (1993): Modelo alternativo para la atención de salud bucal. Documento para la transferencia tecnología. Buenos Aires. FOUBA/Fundación W.K. Kellogg.
- XIII. Bordoni N; Squassi A: Results of Oral Health Care in Social Practice. *J Dent Res* 1999. 78 (5): 923
- XIV. Bordoni, N (Ed) (1999): Gestión del componente salud bucal de la atención de salud Buenos Aires. PRECON/PALTEX-OPS/OMS
- XV. Bordoni N; Doño R; Squassi A; y col. (2000) *Odontología*

Preventiva. Buenos Aires PRECONC/PALTEX-OPS/OMS
XVI.Ripa LW; Leske GS; Kaufman HW. Caris prevalence, treatment level and sealant use related to school lunch program participation. J. Public Health Dent 1991. 51 (2): 78-81
XVII.Freire MC; Pereira MF; Batista SM y col. Prevalence of dental caries and treatment needs in 6 to 12 years old schoolchildren at public school. Rev. Saude Publica 1999. 33 (4): 285-90
XVIII.Freire MC; Pereira MF; Batista SM y col. The prevalence of dental caries and necessary treatment in six to twelve year old schoolchildren in Goiania, GO, Brazil. Rev saude Publica 1997.31 (1) 44-52
XIX.Robison VA; Rozier RG; Weintraub JA: A longitudinal study of Schoolchildren? Experience in the North Carolina dental medicaid Program, 1984 through 1992. 1998. 88 (11) 1669-73
XX.Kenney G; Ko G; Ormond BA (2000) Gaps in prevention and treatment: dental care for low-income children. Number B-15 in Series "new federalism: national Survey of America's Families" Urban USA, April.
XXI.Bedos C; Brodeur JM: Determinants of dental caries in Haitians schoolchildren and implication for public health. Sante 2000. 10 (3): 161-8

XXII.Guide to Clinical Preventive Services N° 61, Canada, 2000
XXIII.Van der Flier FR; Haugejorden O. The star of caries decline and related fluoride use in Norway. Eur J Oral Sci 1997. 105(1) 21-6
XXIV.Einarsdottir KG; Brathall D: Restoring oral health. On the rise and fall of dentasi caries in Iceland. Eur J Oral Sci 1996. 104 (4) 459-69
XXV.Speechley M; Johnston DW: Some evidence from Ontario, Canada, of a reversal in the dental caries decline. Caries res 1996. 30 (6) 423-7
XXVI.Sterritt, gr; Frew RA; Rozier RG: Evaluation of Guatemalan dental caries preventive program after 13 years. J Public health Dent 1994. 54 (2) 153-9
XXVII.Marthales TM: School dentistry in Zurich canton; changes as a result of caries reduction of 80 to 85 %. Oralprophylaxe 1991: 115-22

Dirección de los autores
Callea 1870 5° piso
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

LABORATORIO "Del Ateneo"

Aparatología de Ortopedia Funcional y
Ortodoncia en toda su variedad

Ricardo N. Llanes - Eduardo H. Aguirre

Anchorena 1176. Capital Federal. Buenos Aires | tel. 4963 6802



ANTIINFLAMATORIO • ANALGESICO • ANTIPIRETIICO

Primera Prodruga de Uso en ODONTOLOGIA

Acción Preferencial Sobre COX₂

Elevado Perfil De Tolerancia

Rapidez De Acción

Reconocimiento Científico Mundial

Presentación: Comprimidos 60 mg x 10 y x 30



Bajo licencia de: SANKYO Pharma Brasil Ltda.
Elaboración: SANKYO Co., Ltd.
5-1, Nihonbashi-Honcho, 3-chome,
Chuo-ku TOKYO 103-8426 - JAPON
Planta: Hiratsuka-shi.



MICROSULES-BERNABÓ

Distribución y Venta
Terrada 2346-48 - C1416ARZ - Buenos Aires
Tel.: (54-11) 4501-3278/79 • (54-11) Fax: 4501-8426
E-mail: mibermon@arnet.com.ar
Web Site: www.microsulesybernabo.com.ar

Extrusión dentaria debida a extracciones prematuras sin reposición protética. Su resolución.

Dra. Henja F. de Rapaport. Jefa del servicio de odontopediatría I del A.A.O.

Resumen

El objetivo del presente trabajo radica en enfatizar la importancia del perímetro del arco dentario y el plano oclusal cuando su mantenimiento se halla alterado por extracciones prematuras y/o caries proximales.

En el caso descrito, se señala el procedimiento utilizado para obtener la nivelación del plano oclusal quebrado, que permita que las piezas dentarias permanentes erupcionen adecuadamente en el sentido vertical.

Palabras claves

Extrusión – extracción – reborde alveolar – guía de la erupción – plano oclusal.

Summary

The goal of this work is to emphasize the importance of dental arch perimeter and occlusal plane when their maintenance is altered by premature extractions and/or proximal caries.

The described case shows the procedure used to reach the levelling of the broken occlusal plane which allows permanent teeth to properly erupt in vertical sense.

Key words

Extrusion – extraction – alveolar ridge – eruption guide – occlusal plane.

INTRODUCCION

Es una comunicación efectuada en 1980 (Rev. Ateneo Argentino de Odontología, Vol. XVI, N°2, pág. 19), señalá-bamos la importancia de la conservación de las piezas dentarias, integrantes cada una de ellas de un complejo sistema de mantenimiento del arco dentario.

Transcurridas ya más de dos décadas, el avance en el conocimiento de la biología y el desarrollo de nuevas técnicas y materiales han impregnado a la Odontología de una filosofía con tendencia aún más preventiva, lo que ha permitido, efectivamente, éxitos crecientes en el cumplimiento del objetivo arriba citado.

Decíamos en aquella publicación que "...la pérdida del perímetro del arco se debe habitualmente a la acción de las caries proximales o a la extracción prematura de dientes primarios..." que provocarán no sólo el antedicho acortamiento del arco sino, además, inclinación y migración de los primeros molares permanentes y extrusión de los dientes antagonistas acompañados por su respectivo hueso al-

veolar, todo lo cual podrá ocasionar contactos indebidos, desviaciones mandibulares, asimetrías, etc.

Cuando el tratamiento exige, inevitablemente, la extracción de una o más piezas temporarias, la colocación de un adecuado mantenedor de espacio (Fig. 1) evitará las consecuencias desfavorables a las que su ausencia daría lugar. Y será adecuado si permite conservar el espacio en sentido ánteroposterior y en sentido vertical (Fig. 1).

La situación clínica que a continuación se describe ilustra el criterio mencionado. La Fig. 2 exhibe un maxilar inferior con ausencia de molares temporarios cuyos espacios no fueron mantenidos protéticamente. Las Fig. 3 y 4 muestran una vista frontal y otra lateral de la misma boca en oclusión. Puede apreciarse cómo molares temporarios superiores se extruyeron en dirección a las brechas antagonistas hasta llegar a contactar con el reborde maxilar inferior. Se produjo, también, una alteración de la línea media por desviación lateral de la mandíbula generada por



FIG 2. Maxilar inferior con ausencia de dientes temporarios cuyos espacios no fueron mantenidos.



FIG 5. Molares temporarios superiores extraídos para reducir el tejido alveolar.



FIG 3 y 4. Vista lateral y frontal de la boca en oclusión. Se observa la gran extrusión de los molares superiores temporarios invadiendo la brecha inferior. Hay, además, desviación de la línea media por desplazamiento lateral de la mandíbula.

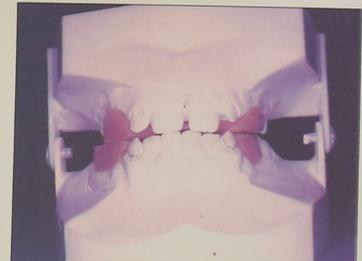


FIG 6, 7 y 8. Rodetes de cera en ambos maxilares, con el objeto de fijar la altura que tendrá el plano oclusal de los dientes de la prótesis.

suscripción de socios
Deseo asociarme al ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, abonando \$ 120 por año o pagando \$ 30 iniciales y luego \$10 por mes.
Ser socio de la institución tiene como beneficio la suscripción gratuita de la revista, acceso a cursos programados para el año 2002, con o sin práctica clínica, congresos y jornadas del Ateneo, búsqueda bibliográfica en nuestro Centro documental y defensa del ejercicio profesional.

suscripción sólo a la revista
Deseo asociarme sólo a la REVISTA del Ateneo Argentino de Odontología, por una año (3 números) al precio especial de \$59, para el año 2002.

Nombre y apellido.....
Calle..... tel.....
Localidad..... Provincia..... CP.....
MPN°..... Firma.....
Domicilio (en que desea recibir la correspondencia).....
Localidad..... Provincia..... CP.....
Horario.....

forma de pago
Efectivo, cheque o giro postal de \$.....la orden del Ateneo Argentino de Odontología, o tarjeta de crédito.

MASTER | VISA | CABAL

vencimiento

fecha..... firma.....

Anticipe su suscripción al tel. (54-11) 4982.2727 | e-mail: ateneo@canopus.com.ar

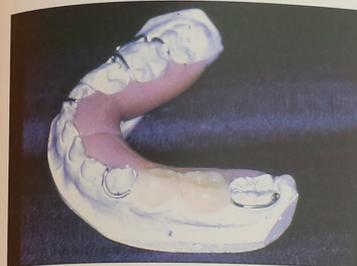


FIG 1. Prótesis destinada a mantener el espacio en sentido anteroposterior y vertical.



FIG 4

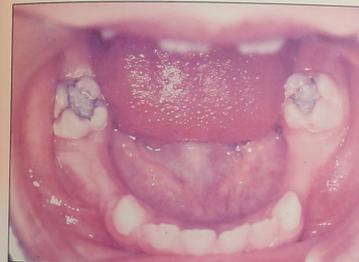


FIG 2. Maxilar inferior con ausencia de dientes temporarios cuyos espacios no fueron mantenidos.



FIG 5. Molares temporarios superiores extraídos para reducir el tejido alveolar.



FIG 3 y 4. Vista lateral y frontal de la boca en oclusión. Se observa la gran extrusión de los molares superiores temporarios invadiendo la brecha inferior. Hay, además, desviación de la línea media por desplazamiento lateral de la mandíbula.

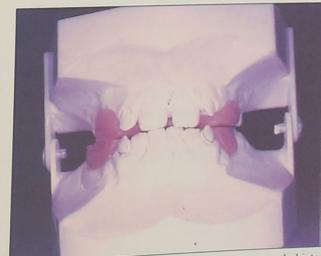


FIG 6, 7 y 8. Rodetes de cera en ambos maxilares, con el objeto de fijar la altura que tendrá el plano oclusal de los dientes de la prótesis.

INTRODUCCION

Es una comunicación efectuada en 1980 (Rev. Ateneo Argentino de Odontología, Vol. XVI, N°2, pág. 19), señalábamos la importancia de la conservación de las piezas dentarias, integrantes cada una de ellas de un complejo sistema de mantenimiento del arco dentario.

Transcurridas ya más de dos décadas, el avance en el conocimiento de la biología y el desarrollo de nuevas técnicas y materiales han impregnado a la Odontología de una filosofía con tendencia aún más preventiva, lo que ha permitido, efectivamente, éxitos crecientes en el cumplimiento del objetivo arriba citado.

Decíamos en aquella publicación que "...la pérdida del perímetro del arco se debe habitualmente a la acción de las caries proximales o a la extracción prematura de dientes primarios..." que provocarán no sólo el antedicho acortamiento del arco sino, además, inclinación y migración de los primeros molares permanentes y extrusión de los dientes antagonistas acompañados por su respectivo hueso al-

veolar, todo lo cual podrá ocasionar contactos indebidos, desviaciones mandibulares, asimetrías, etc.

Quando el tratamiento exige, inevitablemente, la extracción de una o más piezas temporarias, la colocación de un adecuado mantenedor de espacio (Fig. 1) evitará las consecuencias desfavorables a las que su ausencia daría lugar. Y será adecuado si permite conservar el espacio en sentido anteroposterior y en sentido vertical (Fig.1)

La situación clínica que a continuación se describe ilustra el criterio mencionado. La Fig. 2 exhibe un maxilar inferior con ausencia de molares temporarios cuyos espacios no fueron mantenidos protéticamente. Las Fig. 3 y 4 muestran una vista frontal y otra lateral de la misma boca en oclusión. Puede apreciarse cómo molares temporarios superiores se extruyeron en dirección a las brechas antagonistas hasta llegar a contactar con el reborde maxilar inferior. Se produjo, también, una alteración de la línea media por desviación lateral de la mandíbula generada por

contactos indebidos. Todas estas modificaciones son el resultado de la no colocación de una prótesis en el maxilar inferior.

El objetivo del tratamiento consistirá en restablecer el plano oclusal, para lo cual se seguirá la siguiente secuencia:

1. Obtención de una Rx panorámica para verificar la ubicación de los gérmenes de los dientes permanentes.

2. Extracción de los molares temporarios superiores (Fig. 5) lo que incidirá en la reducción vertical de los alveólos de esas piezas, con lo cual los dientes permanentes inferiores erupcionarán sin obstáculo hasta alcanzar el plano oclusal normal.

3. Preparación de dos rodets de cera, uno superior y otro inferior (Fig. 6) que, respetando el plano oclusal, fijarán la altura que tendrán los dientes de la prótesis.

4. Confección de las prótesis superior e inferior, la primera con arco vestibular y ganchos Adams (Fig. 7, 8 y 9). En el caso particular que estamos exponiendo, la prótesis superior contiene un tornillo medio que actúa para ensanchar el maxilar afectado por una ligera compresión. Como el diente 36 se hallaba ausente, y ello reducía la retención de la prótesis, se confeccionaron unos bastoncitos de composite sobre las caras vestibulares de los caninos, con los cuales se impidió el desplazamiento de los retenedores protéticos.

5. Control de la oclusión con papel de articular.

6. A medida que van erupcionando los dientes permanentes (Fig. 10) procedemos a guiarlos desgastando (Fig. 11 y 12), en momentos sucesivos, las prótesis en las zonas que obstaculizan esa erupción, permitiendo, de ese modo, que los dientes alcancen sin dificultad el plano oclusal (Fig. 13 y 14)

7. La Fig. 14 muestra la erupción del camino inferior derecho.

8. Señalemos, por último que el proceso descrito ha creado condiciones favorables para una oclusión funcional y estética.

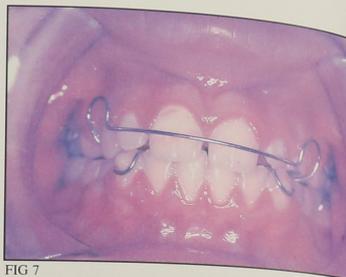


FIG 7



FIG 8



FIG 9

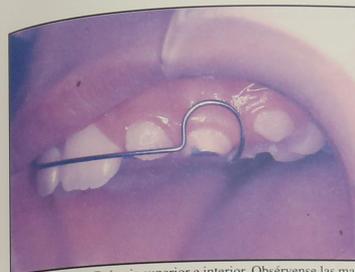


FIG 10, 11 y 12. Prótesis superior e inferior. Obsérvense las marcas del papel de articular para el control de la oclusión.



FIG 11

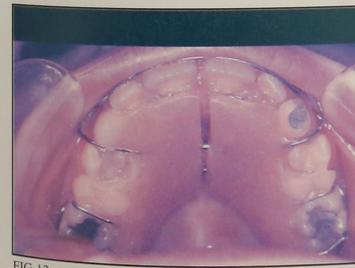


FIG 12



FIG 13. Botoncitos de composite sobre las caras vestibulares de los caninos para asegurar la retención de la prótesis.



FIG 14. A medida que van erupcionando los dientes permanentes (ver diente 24) se van realizando los sucesivos desgastes de la prótesis, permitiendo, de este modo, que los dientes alcancen el plano oclusal correcto.

El mecanostato óseo

Maria Cristina Escala* y Víctor Enrique Morgantero**
Comentarios: Dr. Luis Zielinsky.

Resumen

Este trabajo presenta el Mecanostato óseo a la mandíbula y al maxilar. Muestra que el efecto de las fuerzas deformantes crecimiento óseo y la reabsorción ósea es el producto de la no deformación y el no trabajo.

Se muestra también las células que participan en este proceso, su función y la aplicación de este fenómeno fisiológico aplicado a la odontología, respecto de las fuerzas terapéuticas aplicadas en ortodoncia, ortopedia, prótesis y tratamientos oclusales.

Palabras claves

Mecanostato óseo, fuerza, crecimiento o reabsorción ósea.

CLAVE:

Hueso fuerzas mecanostato óseo remodelación.

Más del 70 % de las prácticas odontológicas actuales se desarrollan sobre el tejido óseo directa o indirectamente, es por ese motivo que debe conocerse la naturaleza del tejido óseo, el hueso como órgano y las interacciones genéticas, metabólicas y biomecánicas que determinan que los maxilares sean como son en cada momento de la vida.

La naturaleza de los huesos maxilares como los de los demás componentes del esqueleto, debe considerarse desde cuatro puntos de vista.

FILOGENÉTICO
ONTOGÉNICO
ECOLÓGICO
TERAPÉUTICO

Para conocer y comprender el cómo y el porque de su forma, función y adaptaciones o claudicación durante el periodo de vida, base fundamental para el entendimiento de la Fisiopatología y Terapéutica

Summary

This work presents the "mechanostat bone mass" applied to the jaw and maxillary, showing the deformation force effect. That generates bone growth and the bone reabsorption, product of non deformation or non work and also shows the cells participate in this process, its functions and the application of this physiologic phenomenon applied to odontology, respect to therapeutic applied forces in the orthodontic, orthopedic, prosthetic and occlusal treatment.

Key words

Mechanostat bone (force) growth or reabsorption bone.

Filogenéticamente

Debe tenerse en cuenta que las mutaciones han creado, cantidades de genes nuevos que la selección natural ha eliminado de acuerdo a la necesidad de supervivencia de los más aptos y esta es la causa de que existan diferencias inter especies e interrelaciones a lo largo de la evolución de las especies. Esto explica el por que son distintos los maxilares de la raza negra respecto a los de la blanca pese a que los dos están formados por tejido óseo con igualdad tisular, fisiológica, metabólica y biomecánica.

Ontogénicamente

Las represiones y derepresiones genéticas (aparición o no de la acción de un gen) programadas por el genotipo e inducidas durante el desarrollo, determina que los huesos adquieran y definan sus niveles de complejidad biológica, cambiando de forma composición y estructura (disposición trabecular en líneas de fuerza) a lo largo de la vida, expresándose así un fenotipo.

Esto explica por ejemplo, por que los huesos de una per-

sona no sean los mismos a lo largo del tiempo. (es imposible fotografiar un mismo esqueleto en dos cumpleaños sucesivos). Es así como nace el concepto de el hueso como órgano, variable en igual forma que el resto de los órganos constitutivos de otros aparatos.

Ecológicamente

Las interacciones del ambiente en sí, radiaciones, luz, alimentación, nutrientes (aminoácidos, calcio, fluor), factores hormonales y uso mecánico del hueso (ejercitación física ortopedia) a cada instante ejercen modificaciones sobre el esqueleto modificando la expresión genética genotipo. Esto explica por que los huesos de una persona no son iguales a los de otra de la misma edad y sexo fenotipo. Esto es tan así que los huesos de gemelos idénticos difieren entre sí (a igualdad genotípica distinta expresión fenotípica)

Terapéutica

El accionar médico odontológico ya sea por la administración de agentes farmacológicos, nutrientes, hormonas o por el accionar de aparatología o dispositivos ortopédicos que estimulen, destraben o corrijan la acción de la musculatura permitiendo que un genotipo dado tenga una expresión fenotípica correspondiente

Biomecánica

Mecánica es la parte de la física que estudia el funcionamiento de las máquinas simples, palancas, poleas, planos inclinados etc. Cuando se estudian los fenómenos biológicos desde su comportamiento físico es que aparece la denominación de biomecánica. Cuando son sometidas a la acción de las fuerzas de el desarrollo o a las generadas por los movimientos propios del embrión, las regiones donde se encuentran las células del mesenquima (mesodermocapaz de diferenciar líneas celulares distintas). Es que estas células expuestas a deformaciones, compresiones o deslizamiento tienden a favorecer la diferenciación a tejido (ligamentoso o tendinoso) o (cartilaginoso u óseo) según el caso. Cuando se mezclan alternadamente se desarrollan ligamentos o tendones de acuerdo a la fuerza recibida, en el caso del tejido cartilaginoso, la diferenciación posterior (osificación endocondral o membranosa) en tejido óseo tiene lugar en los puntos del tejido incipientemente calcificado, esto ocurre de esta forma porque solo se diferencia

en hueso el tejido que demuestra estar en condiciones de absorber y resistir el stress determinado por las fuerzas. Cuando las fuerzas deformantes son aplicadas al tejido y este, esta en condiciones de resistir, se transforma en hueso.

El mecanostato óseo

Las células óseas osteocitos (Osteoblastos que formaron el material que luego se, calcifico) quedan atrapados en el seno de la matriz calcificada, permaneciendo en contacto unos con los otros por medio de sus prolongaciones citoplasmáticas (sincicio celular) adquiriendo así la capacidad de pensar, (de recibir la información de las fuerzas de deformación y flexión) a la que es sometido el tejido (este sincicio celular pasa a convertirse en un receptor de información). De acuerdo a lo censado tienen la capacidad de reaccionar en consecuencia por medio de la producción de mediadores químicos que van de célula a célula, indicando a los osteoblastos vecinos fuera de la matriz calcificada (periostio, endostio y medula ósea) la formación de nuevo hueso, capaz de resistir a las fuerzas de deformación o flexión. El hueso así formado resulta tramado con un colágeno desordenado y de baja eficiencia mecánica, pero lentamente es remplazado, por un nuevo hueso operación que al mismo tiempo remodela al futuro hueso. Este resultado se logra porque los osteocitos siguen censando, teniendo la capacidad de no solo modular la información hacia osteoblastos (neoformación) sino hacia osteoclastos (reabsorción). De esta forma es que se consigue la remodelación fenómeno fundamental para la adaptación del hueso a las fuerzas. Posteriormente como resultado de lo expuesto la forma del hueso órgano queda determinada por la remodelación estando esta subordinada a la biomecánica a la que esta sometido. Cuando la tasa de deformaciones por carga o flexión provocadas por el uso mecánico tiende a incrementarse, los osteocitos censando esta situación liberan factores estimulantes de las lining cells (células en línea, células mesenquimáticas ubicadas en el periostio). Estas células mesenquimáticas ubicadas en osteoblastos producirán un nuevo hueso diferenciándose en osteoblastos que generen matriz que se calcificará convirtiéndose en osteocitos. Única manera de que aumente la masa ósea en los lugares de mayor stress biomecánicos la tasa de deformaciones tiende a decrecer en reposo, inmovilidad e, ingravidez los mediadores osteocitos inducen al retiro de las lining cells quedando, el material mineralizado expuesto atrayendo quimiotácticamente a precursores osteo-

* Docente del Ateneo Argentino de Odontología. ** Centro de Referencia Nacional de Osteoporosis Hospital Dr J M Ramos Mejía, Recibido para su publicación Agosto de 2001.

blásticos, que al diferenciarse en osteoclastos comienzan a destruir este tejido (reabsorción).

De esta manera queda configurado el Mecanostato Óseo de Frost el cual adecua la eficiencia mecánica de la estructura ósea, con la magnitud de las deformaciones sufridas por el hueso en cada punto. El estímulo del mecanostato son la fuerza peso y la fuerza ejercida por la contracción muscular, ambas tienden a deformar el hueso. Los receptores son los osteocitos los cuales censan y orientan por medio de sus mediadores hacia los orígenes de blastos o clastos. Los efectores son los osteoclastos y los osteoblastos que estando fuera de la estructura ósea ejecutan ordenes emanadas por los osteocitos orientado el trabajo a la destrucción o formación de hueso. El objeto de la existencia de este sistema de control así integrado sería el mantenimiento de una determinada rigidez dentro de límites fisiológicos, el valor de deformabilidad típica es el de 0,2% para el uso mecánico habitual siendo el mismo valor para todos los huesos del esqueleto.

De lo expuesto se desprende la importancia de las fuerzas aplicadas en los tratamientos odontológicos, no solo en lo que a ortodoncia y a ortopedia se refiere sino a casi la totalidad de los tratamientos que generan fuerzas y cargas constantes. También cabe destacar la importancia de una oclusión equilibrada para el mantenimiento del hueso, quien debe ser sometido al ejercicio de fuerzas fisiológicas para su manutención.

Por lo tanto puede convenirse en que el hueso organo (Ej. un maxilar) es un cuerpo elástico, hasta cierto punto (módulo de elasticidad), por lo tanto tiene memoria el material. Además cuenta con un sistema de información (censar, receptor celular = mecanostato) por medio del cual se

Comentarios

A PROPOSITO DEL MECANOSTATO ÓSEO.

El interesante trabajo de lo Dres. M. C. Escala y V. E. Montangero agrega datos a la naturaleza real del movimiento dentario sacandolo de esquemas puramente mecánicos tal como se habituó visualizar el movimiento radicular. En primer lugar cabe consignar que movimiento dentario consta de dos sistemas de fuerza que actúan en la acción ortodoncia sobre el diente. Uno es la fuerza externa aplicado a la corona a través del

entera y responde a las exigencias físicas generadas por fuerzas del medio, fisiológicas o terapéuticas (Ortodonticas; Ortopedica; Protésicas; Quirúrgicas). Modificando la calidad del material óseo (cantidad de mineral, producto calcio /fosfato) y la arquitectura cortical y trabecular (modificación de las líneas de fuerza)

Como conclusión podemos decir que el hueso se encuentra sometido a una dinámica permanente; que esta dinámica es la respuesta a las fuerzas de torsión; flexión y deformación, que soporta en cumplimiento de su función: remodelando su estructura y forma para poder cumplirla con la mayor eficiencia.

BIBLIOGRAFIA

- Roldan EJ; Perez Loret A Capozza R.F.La adaptación de la calidad osea a la fuerza osea regional Osteología 1(1):25, 1998.
- Montoya A. Sequeira F. Determinación de la calidad osea por P.q.c.t. Osteología 1(1) :25 1998
- Ferretti JL. Densitometric and tomographic analyses of musculokeletal interaction in humans Imusculoekel NeuronInterac 2000; 18, 20.
- Ferretti JL. Roldan EJ. Muscle/Bone interaction J.bone miner. resr. (Suppl to 5) 510 1998.

Dirección autores:

Paraguay 2342" piso 16 dto F
Ciudad Autónoma de Bs. As (CP 1121)
tel. 4962.5460 | cel 15.4030.9657

sistema bracket/diente que produce un dispositivo fundamentalmente de almacenamiento de fuerza predominantemente mecánico con alguna repercusión en el estado gingival.

Otro muy distinto es el que opera en la raíz por su continuidad anatómica con la corona que recibe la fuerza por el sistema bracket/diente pero la raíz opera no en el aire sino por medio del periodonto en el medio óseo sobre los que

actúa los fenómenos de transducción de la actividad celular de los osteoblastos y de los osteocitos así como la red biológica y metabólica del hueso que no es inerte a ninguna edad. Y que actúa sujeta a los fenómenos de viscoelasticidad.

Por lo tanto el cálculo por ejemplo del centro de resistencia de la raíz que actúa en consideraciones puramente geométricas para el cálculo de los momentos de fuerza no es real sino que se trata de fenómenos mucho más complejos. Los avances de la biofísica como por ejemplo la utilización de técnicas mecánicas continuas FME (Método de análisis finito de elementos) permitió remover el marco de puntos cefalométrico cuya validez fue cuestionada por Bookstein¹.

Mecanopercepción y Mecanotransducción

Los mecanismos perceptivos periodontales descriptos por Harris² actúan sobre un sistema de control que como en todos los tejidos que puede calificarse de feedback negativo o sea activar mecanismos de control intercelular e intracelulares a nivel de los osteocitos de la red de procesos mecanotransductores medida en las señales percibidas en el periodonto (LPD) esto es ejemplarizado en el esquema que hemos tomado de Christiansen³, investigador principal del NIDH en Bethesda, Maryland.

La señal de referencia parte del periodonto (LPD) y por medio del comparador actúa sobre la señal de Disturbio² que implica un exceso de presión y que es aplicada en el transductor biológico (por un efecto piezoeléctrico (Bassett AL⁴) y mecanismos electroquímicos y electrokineticos que se aplican¹ tanto a la célula (osteocitos) a la membrana celular y los fluidos extracelulares (con intercambio de

Iones de k, Na, Ca y Cs) Moss Melvin L⁵.

El proceso de feedback negativo actúan por estos complejos mecanismos de manera de regular el proceso de remodelación ósea⁵, por ello más que observar que pasa con las coronas dentarias hay que monitorear radiográficamente que pasa con las raíces dentarias, donde actúa el segundo sistema de fuerzas, regulados por complejos mecanismos biológicos no mensurables ni predecibles por cuestiones mecánicas.

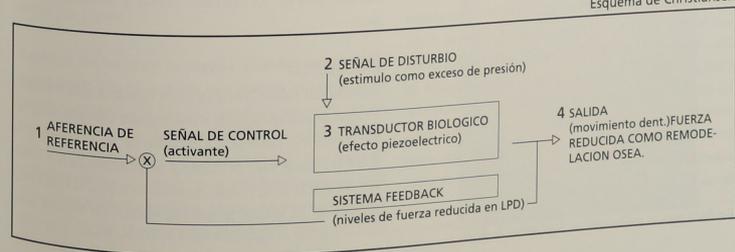
Bibliografía

- (1) Moyers R. L. y Bookstein Fred L. The inappropriateness of conventional Cephalometrics. American Journal of Orthodontics. V 75-6; 1979 599.
- (2) Harris R y Griffin CJ. Intervention of the human periodontum. Fine structure of compound receptors. Australian Dental Journal. 1984 pág. 255.
- (3) Christiansen R. L. Some biological considerations in Orthodontics research American J. of Orthodontics. 1971. 60; 4; 329-343.
- (4) Bassett C.A.L. Bioelectric factors controlling bone structure in Frost. Biodinamic, Boston, 1964 p 209.
- (5) Moss Melvin L. the functional matrix hypothesis revisited: 1. The rol of mecanotransduccion. Am. J. of Orthodontics 1997; 112; 8-11.

Dirección autor:

Dr. Luis Zielinsky
Asesor Científico del Ateneo Arg. De Odontología Charcas 3319. Bs. As. Argentina.

Esquema de Christiansen



Técnicas quirúrgicas para la reconstrucción del labio superior.

Dr Alejandro Ostrosky (Jefe del servicio de cirugía maxilofacial del hospital M y L de la Vega, Moreno)
Colaboradores:

Dr Amit Mikler (Subjefe de dicho servicio)
Dr Pablo S. Ansó (Concurrente de dicho servicio)
Dr Gabriel Padulo (Concurrente de dicho servicio)
Dr Javier Pinaya (Concurrente de dicho curso)

Resumen

El trabajo describe los distintos procedimientos quirúrgicos que se pueden llevar a cabo para resolver las distintas alteraciones que se producen en el labio superior a causa de diversas patologías. Entre las más comunes podemos citar: heridas traumáticas, lesiones cancerígenas, tumores benignos y heridas post radiaciones. Se describen las técnicas más apropiadas para la reconstrucción del labio superior en función de la causa, tamaño y tiempo de evolución del defecto.

Palabras claves

Técnicas quirúrgicas para la reconstrucción del labio superior.

Summary

We describe different surgical techniques to resolve upper lips defects that are caused by different etiologies. We could mention traumatic injuries, oncologic lesions, tumours, and post-radiation injuries. Following, we describe the most appropriate techniques for upper lip reconstruction depending on the size, the cause and the evolution time of the defect.

Key words

Surgical techniques for upper lip reconstruction.

INTRODUCCIÓN

Para realizar la reconstrucción del labio superior como así también cualquier otra estructura anatómica facial de tejido blando, debemos tener en cuenta la presencia o no de fracturas subyacentes. En tal caso, John M. Lore afirma que se debe proceder a la reducción y fijación de dicha fractura antes de tratar la lesión más superficial. Según Mc Carthy se debe evitar realizar amplios debridamientos de las heridas, respetando al máximo los tejidos, y es fundamental cuando se necesita realizar incisiones para el tallado de algún colgajo rotacional o a distancia, que estos coincidan con la línea de relajación de la cara, favoreciendo así la estética del paciente.

Las técnicas quirúrgicas incluyen desde un simple afeitado del labio hasta el tallado de colgajos en abanico, dependiendo de las distintas causas y tamaños del defecto.

DESARROLLO

Alisado del labio: Técnica poco agresiva que se realiza a causa de una eritoplasia o leucoplasia ubicada en el labio superior o inferior. La incisión se realiza todo a lo largo del borde rojo del labio y se profundiza 0,3 - 0,5 cm por detrás de la lesión. Se incluye la piel si esta comprometida. Se socava la mucosa normal de la cara inte-

rior del labio ampliamente y se acerca al borde de la piel con nylon 5-0.

Escisión en escudo: Lindsay aplica esta escisión cuando sospecha de una lesión maligna. La resección se hace de lado a lado, pasando por piel, músculo y mucosa, realizando un trazado triangular con forma de escudo, quedando la base en la región labial y el vértice de la piel. Se sutura por planos el músculo, la mucosa y por último la piel con nylon 5-0. Es difícil, de observar carcinomas in situ en el labio superior. Según Peled generalmente puede ser un fungoide o un chancro que se transforma en cáncer o en un verdadero cáncer del ángulo de la boca que alcanzó incluir al labio superior. Puede tratarse también del ala de la nariz que afecta el labio superior.

Arco de cupido: Esta técnica se lleva a cabo cuando el labio superior esta tan deformado que la reparación inicial dio como resultado una línea recta horizontal. Coincidiendo con lo expresado por Godek, se observa como resultado un ensanchamiento del labio. Se trazan dos incisiones triangulares con base próximas a cada lado de la línea media y de 5 mm de altura. Cada vértice se prolonga hasta cada comisura, quedando al borde inferior del triángulo en la unión semimucosa y piel. Se reseca la piel hasta el plano muscular y se afronta la semimucosa con el borde superior del triángulo, produciéndose un engrosamiento cosmético del labio superior.

Escisión elíptica de lesión labial benigna: Según Becker se aplica para excisiones de lesiones premalignas pequeñas y benignas. Se traza una escisión elíptica en piel y mucosa, rodeando a la lesión. Se involucra a la piel mucosa y músculo subyacente. Se sutura por planos.

Escisión de lesiones benignas grandes con colgajo nasolabial: Acuna expresa que cuando la lesión es de tamaño considerable se hace imposible el cierre simple por afrontamientos de los bordes de la herida. El colgajo más utilizado es el nasolabial debido a su buen resultado estético. Es un colgajo por deslizamiento, para el cual se necesita realizar extensión de la incisión a nivel del ala de la nariz para permitir el cierre del sitio donante.

Técnica de Burrow: A continuación se presenta un caso clínico de un paciente de 29 años de edad, que luego de haber sufrido un accidente en la vía pública, presentaba una gran herida a nivel del labio superior, con pérdida de sustancia comprometiendo la anatomía labial (foto 1). Se realiza la limpieza y debridamiento de la herida, junto



foto 1



foto 2



foto 3



foto 4

con la escisión de las medialunas labiales, logrando movilización de los colgajos laterales mediante incisiones amplias a ambos lados del surco gingivovestibular superior. Se deja mucosa suficiente en el borde gingival para la sutura del colgajo avanzado (foto2). Se realiza el cierre en tres planos: mucosa, músculo y piel (foto 3). Observese el postoperatorio inmediato (foto 4).

Conclusión

Se ha hecho una descripción de las principales técnicas quirúrgicas con la exposición de un caso clínico, para la resolución de los defectos del labio superior. Existen otras técnicas también eficaces en lo que a la estética del paciente se refiere. Esta en manos del cirujano en elegir una u otra técnica según le resulte más o menos sencilla de realizar. Según Bagatain, es menester realizar un correcto diagnóstico de la lesión, respetar la anatomía, ya sean planos musculares o vasos sanguíneos, y evaluar que técnica se adapta más a cada lesión en particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. John M. Lore (h). Cirugía de cabeza y cuello. 3º edición p384-407.
2. Mc Carthy. Cirugía Plástica de la Cara. Tomo 2 p 1111-1159.
3. Arch. Facial Plast Surg 2001. Jan - Mar 3 (I) 33-7. Lindsey Wh.
4. Mare Fuah 2000. Oct 139 (7-8) 260-3, 327. Secondary Bone Grafting in left lip and palate Beled M. Aisenbud D, Galastein.
5. Plast Reconstr Surg 2000. Sept 106 (4) 798-804. Godek CP Bartlet SP (lip reconstruction following Mohs Surgery)
6. Ann Otol Rhinol laryngol 2000. Sep 109 (9) 863-70. Becher GD (Management of large Mohs defects)
7. Aota Otorinolaringol Csp 2000. Jun Jul S1 85. Reconstruction of assogerial defects using a triangular nasolabial advanced.
8. Isolated nasails muscle reconstruction in secondary unilateral left lipo nasal reconstruction. Bagatain M, Khosh Mm.

Dirección de los autores.

Dr. A. Ostrosky.
Calleao 1463. 2º (1425) C. A. de Bs. As.
e.mail: pabloanso@tutopia.com



Autorizada provisionalmente por
Res. MC y E Nº 1.246/92 y 1515/98

Cursos ya programados para el año 2002



Personería Jurídica 1232
Fundado en 1953

BIOSEGURIDAD

Dictante: Carlos A. Vaserman

INTEGRAL DE CIRUGIA

Dictantes: Mario D. Torres, Jorge M. García

ACTUALIZACIÓN EN CIRUGIA PARA EL ODONTÓLOGO GENERAL

Dictantes: Carlos Guberman y Ricardo Pomeranic

INTEGRAL DE OCLUSIÓN, DISFUNCIÓN, A.T.M. y DOLOR CRÓNICO OROFACIAL.

DESÓRDENES CRANEO-MANDIBULARES.

Director: Luis Zielinsky

Dictantes: Graciela Encina, Luis Zielinsky

ENDODONCIA PARA EL PRÁCTICO GENERAL

Dictantes: Ada Schubaroff y Ricardo Sticco

ENDODONCIA CON PRÁCTICA INTENSIVA

Coordinación: Juan Meer

Dictantes: Sergio Gottlieb, Juan Meer, Patricia Salvo.

ESTOMATOLOGÍA PARA EL PRÁCTICO GENERAL. PATOLOGÍA INFECCIOSA DE FRECUENTE CONSULTA.

Dictante: Isabel Adler

INTENSIVO DE ACTUALIZACIÓN ODONTOLÓGICA PARA FONOAUDIÓLOGOS

Coordinación: Carolina O'Donnell

Dictantes: Profesionales del Cuerpo Docente del A.A.O.

INTENSIVO DE ODONTOLOGIA INTEGRAL

Coordinación: Beatriz Lombardo

Dictantes: Profesionales del Cuerpo Docente del A.A.O. y dictantes invitados.

INTEGRAL DE PERFECCIONAMIENTO EN ODONTOPEDIATRIA

Coordinación: Henja F. de Rapaport

Dictantes: Alicia Aichenbaum, María Cristina Escala, Diana Kaplan, Marcela Sánchez, Patricia Zaleski y dictantes invitados.

PREVENCIÓN DE LAS MALOCLUSIONES. TERAPIA INTERCEPTIVA.

Dictante: Henja F. de Rapaport

INTEGRAL DE ODONTOPEDIATRIA PREVENTIVA Y CLINICA (ASISTENCIA MENSUAL)

Dictantes: Graciela Libonatti, Nora Olgatti y dictantes invitados.

INTEGRAL DE OPERATORIA DENTAL

Dictantes: Mario Mankevich y Lucio Scalzo

AVANZADO DE ESPECIALIZACIÓN EN ORTOPEDIA Y ORTODONCIA FULL-TIME

Coordinación: Liliana Periale, Eduardo Muiño.

Dictantes: Profesionales del Cuerpo Docente del A.A.O.

INTEGRAL DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MALOCLUSIONES

Coordinación: Stella Maris F. de Suárez, Marta Sarfatis, Susana Zaszczynski

Dictantes: Profesionales del Cuerpo Docente del A.A.O.

BASES BIOLÓGICAS, BIOMECÁNICA Y ELEMENTOS MECÁNICOS

Ortodoncia - Preclínico

Coordinación: Julio C. Lalama y Susana B. Otero

Dictantes: Profesionales del Cuerpo Docente del A.A.O.

INTEGRAL DE ORTODONCIA. TÉCNICAS COMBINADAS CON FUERZAS LIGERAS

1º Año – Preclínico: Bases biológicas, biomecánica y elementos mecánicos

3º Año (en desarrollo):

Coordinación: Armando Pollero

Dictantes: Profesionales del Cuerpo Docente del A.A.O.

INTEGRAL DE ORTODONCIA. TÉCNICA DE RICKETTS SIMPLIFICADA (HILGERS) – TÉCNICAS DE ARCOS

RECTOS – MULLIGAN, (ASISTENCIA QUINCENAL)

Coordinación: Amanda Rizzuti

1º Año – Preclínico:

Dictantes: Elías Beszkin, Amanda Rizzuti, Gema Brizuela.

3º Año (en desarrollo):

Dictantes: Elías Beszkin, Gema Brizuela, Ana María Kriguer, Amanda Rizzuti.

INTEGRAL DE ORTODONCIA. TÉCNICAS CON FUERZAS LIGERAS Y TÉCNICA DE ARCO RECTO

2º Año (en desarrollo):

Coordinación: Marcela Sánchez

Dictantes: Eduardo J. Muñio y Marta Sarfatis.

INTEGRAL DE ORTODONCIA. TÉCNICA COMBINADA KISS 81.

2º Año (en desarrollo):

Dictantes: Luis Zielinsky.

ABORDAJE INTEGRAL EN EL TRATAMIENTO ORTODÓNICO DEL PACIENTE ADULTO

Directoras: Beatriz Lewkowicz, Graciela Resnik, Susana Zaszczynski

Dictantes: Mabel Landesman, Beatriz Lewkowicz, Bella Luque, Graciela Resnik, Mirta Resnik, Marta Schwartz, Marta Vinent, Susana Zaszczynski y dictantes invitados.

ESPECIALIZACIÓN DEL ORTODONCISTA Y DEL FONOAUDIÓLOGO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO DE LAS DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES.

Dictantes: Edith Losoviz, Ester Ganiewich, Carolina O'Donnell y dictantes invitados del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan y de la FOUBA)

INTEGRAL DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MALOCCLUSIONES (ASISTENCIA MENSUAL)

Coordinación: Armando Pollero

Dictantes: Profesionales del Cuerpo Docente del A.A.O.

INTEGRAL DE ORTODONCIA. TÉCNICAS COMBINADAS CON FUERZAS LIGERAS (ASISTENCIA MENSUAL Y QUINCENAL)

Coordinación: Armando Pollero

Dictantes: Profesionales del Cuerpo Docente del A.A.O.

1º Año – Preclínico (asistencia mensual).

3º Año (en desarrollo – asistencia quincenal).

INTEGRAL DE ORTODONCIA. TÉCNICA DE ARCO RECTO (ASISTENCIA MENSUAL)

Dictantes: Eduardo J. Muñio, Marta Sarfatis

TRATAMIENTO ORTODÓNICO DEL PACIENTE ADULTO (ASISTENCIA MENSUAL)

Dictantes: Beatriz Lewkowicz, Susana Zaszczynski, Rosana Celnik.

ACTUALIZACIÓN DE ALAMBRES EN ORTODONCIA

Dictante: Marta Sarfatis

APARATOLOGÍA REMOVIBLE

Coordinación: Moira Bent

Dictantes: Moira Bent, Elías Beszkin, Jorge Coimbra, María Elisa Crosetti, Sergio Randazzo

BIOMECÁNICA DE LOS MOVIMIENTOS DENTARIOS Y SUS RESPUESTAS BIOLÓGICAS.

Dictantes: Elías Beszkin, Eduardo Muñio, Marta Sarfatis, Graciela Iglesias.

CEFALOMETRÍA ESTÁTICA. PROTOCOLO DEL A.A.O. Y SU INTERPRETACIÓN Y APLICACIÓN CLÍNICA.

Dictantes: Stella Maris F. de Suárez, Liliana Periale, Liliana Doctorovich

CEFALOMETRÍA DE RICKETTS Y HOLDAWAY, V.T.O.

Dictantes: Elías Beszkin, Amanda Rizzuti, Gema Brizuela

CEFALOMETRÍA DE BJORK-JARABAK, MCNAMARA Y FRONTAL.

Dictantes: Liliana Periale, Stella Maris F. de Suárez, Edith Losoviz

MONTAJE EN ARTICULADOR PARA DIAGNÓSTICO ORTODÓNICO.

Dictante: Graciela Resnik

TÉCNICA DE MULLIGAN

Dictante: Julio C. Lalama

INTEGRAL DE PERIODONCIA. PERIODONCIA PARA EL PRÁCTICA GENERAL (ASISTENCIA MENSUAL)

Dictante: Isaac Rapaport

PRÓTESIS DENTO-IMPLANTO ASISTIDA

Jefe de clínica: Oscar Siscar.

Cursos desarrollados por Convenio suscripto por el A.A.O con la Universidad Favaloro.

Informes e inscripción: Anchorena 1176 (C1725 ELB) Capital. Tel/fax:4962-2727.
E-mail: ateneo@canopus.com.ar / www.ateneo-odontologia.org.ar

Consultorio de Radiología Dento-Máxilo Facial

38 años acompañando como especialidad a los odontólogos y médicos argentinos

- .radiografías
- .telerradiografías con estudios
- .cefalométrico convencionales y computados
- .radiografías panorámicas condilografías
- .implantogramas: intraorales y extraorales

aranceles preferenciales a socios del Ateneo.

Profesor Dr Angel J. Vázquez y Dr E. R. Cura
Horario: de lunes a viernes de 9.30 a 19 hs / sábados de 9.30 a 12.30 hs.

Corrientes 2362, 1º A (1046) Capital Federal. Buenos Aires | tel 4951 4332

Noticias del Ateneo

TÍTULO DE ESPECIALISTA

Participación del Ateneo Argentino de Odontología en el Ministerio de Salud.

El A.A.O. está participando con dos delegados (Dres. Beatriz Lewkowicz y Juan Meer) en el Ministerio de Salud, respondiendo junto con otras instituciones, a una invitación para analizar el ordenamiento de la Titulación de Especialidades Odontológicas.

Esta iniciativa promovida por el Subsecretario de Planeamiento, Control, Regulación y Fiscalización, Dr. Guillermo J. M. Gaudio es altamente auspiciosa ya que se ha abierto un espacio deliberativo y democrático para su análisis.

En la primera etapa, ya finalizada, se actualizó el listado de especialidades odontológicas lográndose un acuerdo que transcribimos al final de la nota. Posteriormente se analizarán otros temas conexos tales como: perfil del especialista, instituciones con capacidad de otorgar títulos de especialista, incumbencias, programas de especialización, conformación de comités de evaluación, etc. A este efecto el Ateneo elaboró un documento que servirá como aporte a la discusión. El A.A.O. comparte estas reuniones con A.O.A. (Asociación Odontológica Argentina), C.A.O. (Círculo Argentino de Odontología), A.A.O.F.M. (Asocia-

ción Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares), A.F.O.R.A. Decano de la facultad de Odontología de la Universidad Maimónides y USAL (Universidad del Salvador, FAGO (Federación Argentina de Colegios Odontólogos) y CORA (Confederación Odontológica de la República Argentina), con la coordinación de los Dres. Carlos Carpinetti y Mabel López Doce.

Es también importante hacer notar que en estas reuniones se analizó un tema que involucra una reciente modificación del art. 39 de la ley 24.521 (Ley de Educación Superior), con sanción en la Cámara de Diputados y próximo a ser tratado en la Cámara de Senadores. La modificación en cuestión habilita a establecimientos universitarios e institutos con capacidad de otorgar títulos de especialización, emitidos a personas que tengan o no, titulación universitaria. Esta situación en el campo de la salud, es de alto riesgo, y por ello la comisión que integramos, coincidió, formalizándose un documento con la fundamentación del alerta como opinión consensuada del Ministerio de Salud e instituciones participantes.

MARAL'S REPARACIONES

TURBINAS - CAVITADORES - MICROMOTORES - ETC.
ODONTOLOGIA - ELECTROMEDICINA
SERVICE / INSTALACIONES

TE. 4633-4131 / 4521-5706

PRESENTACIÓN DEL ATENEO.

Buenos Aires, Julio 26 de 2001.

Ministerio de Salud
Secretaría de Planificación, Control, Regulación y Fiscalización,
Dr. Guillermo Gaudio

REF: Propuesta del A.A.O. a la Subsecretaría de Planificación, Control y Fiscalización para el tratamiento de las Especialidades en Odontología.

Habiendo acordado en la reunión con las entidades citadas por esa Secretaría, las especialidades en Odontología para su reconocimiento en el ámbito nacional y con la intención de aportar al temario propuesto por esa Secretaría para la convocatoria del día jueves 26 de julio, adjuntamos una prepropuesta sobre el tema de certificación de las especialidades para su discusión.

Esta propuesta intenta unificar las modalidades de obtención y reconocimiento de los títulos de especialistas en el orden nacional.

*Integrar a los distintos actores del proceso de formación y certificación existente.
Reconocer el rol del Estado en la aplicación de normas, control y regulación del Recurso humano en Salud.
Adecuación a la organización Federal del Estado Argentino.*

*La necesidad de encontrar estructuras que consolide el proceso de integración en el Mercosur.
El reconocimiento a las Instituciones Científicas que históricamente cumplieron el rol de educación de posgrado.*

Proponemos:

La formación de un Consejo Nacional de Odontología con participación de los representantes de: Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, A.F.O.R.A., F.A.C.O., C.O.R.A. y las Instituciones Científicas con trayectoria en la formación del Recurso Humano de Odontología.

La formación de Consejos Regionales con estructuras semejantes.

Las funciones a desarrollar serán:

*Acreditación de las Instituciones que participan en el proceso formativo, fijando las normativas para su reconocimiento.
Aprobación de los programas de especialización.
Designación de los Integrantes de los Comités de Evaluación, respetando la representación de todos los sectores involucrados.*

*También queremos dejar constancia de nuestra coincidencia con la opinión de la Comisión Asesora, sobre la necesidad de prever los efectos negativos de nuestras normativas.
A tal efecto proponemos el Reconocimiento de los derechos adquiridos de las Instituciones y los profesionales.
Acordar plazos de adecuación a nuevas normativas.*

El espíritu de nuestra propuesta es responder a la invitación a participar en el análisis y discusión de estos temas que siempre han sido preocupación de nuestra Institución.

Dra. Beatriz Lewkowicz
Dr. Armando Héctor Pollero

ACUERDO

Al Señor Subsecretario de Planificación, Control, Regulación y Fiscalización.

Los representantes de las entidades convocadas para la discusión y propuesta de las especialidades en Odontología, una vez determinadas cuales son especialidades básicas y las dependientes que le correspondiera, estiman que no es oportuno agregar más al listado, desvirtuando la naturaleza de la especialidad básica y por sobre todo se opondría al criterio de jerarquizar al odontólogo general.

Planteadó el tema puntual de IMPLANTOLOGIA, dada la amplitud de criterios que hay en la actualidad sobre el particular, se propone dejar su tratamiento en suspenso, exponiendo en la charla que se trata de un recurso terapéutico utilizado en prótesis, donde mucho tiene de incumbencia el acto quirúrgico y que se deben tener amplios conocimientos y recursos necesarios para la organización del tejido duro, esgrimiéndose que en el futuro podría llegar a ser una especialidad con orientación de cirugía de periodoncia y de prótesis.

ESPECIALIDADES BÁSICAS	ESPECIALIDADES DEPENDIENTES
CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL	
PERIODONCIA	
ENDODONCIA	
ODONTOPEDIATRIA	
DIAGNOSTICO POR IMAGENES BUCO MAXILO FACIAL	
CLINICA BUCO MAXILO FACIAL	Estomatología, Anatomía Patológica
PRÓTESIS FIJO BUCO MAXILAR	
ODONTOLOGIA LEGAL	Odontología Social y Sanitaria, Auditoría, Administración y Bienes Comunes, Odontología Legal, Fisiología
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR	Ortodoncia, Ortopedia Funcional de las Maxilares

Por lo expuesto, se presenta para el análisis del Sr Subsecretario el siguiente listado de especialidades básicas y dependientes: Dado en el Salón ONATIVA del Ministerio de Salud de la Nación a los veintiseis días del mes de Julio del año dos mil uno.

**Ministerio de Salud.
Subsecretaría de Planificación, Control,
Regulación y Fiscalización.**

ENVIO AL MINISTERIO DE EDUCACION

Buenos Aires, 13 de Septiembre de 2001.

Estimada Doctora Beatriz Lewkowicz
Juramento 2059 – 2º piso – oficina 210.
S / D

Por la presente me dirijo a usted, a fin de informarle que el señor Ministro ha enviado al Ministerio de Educación, el Convenio a suscribirse entre ambos organismos, a efectos de ordenar el Sistema de Otorgamiento de Títulos de Especialidades Médicas, Odontológicas, Bioquímicas y de otras profesiones referidas a la salud.

En el Anexo figuran las especialidades odontológicas básicas dependientes, propuestas por la Comisión, en las que usted ha tenido activa participación.

Excluyendo Implantología, que fue incorporada como especialidad dependiente de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, en todas las demás, esta Subsecretaría ha aceptado el criterio de dicha Comisión.

Deseo agradecerle su inestimable colaboración y reiterarle que las puertas de esta Subsecretaría están abiertas a la profesión odontológica.

Saludo a usted muy atentamente.

Dr. Guillermo Gaudio
Subsecretario de Planificación, Control, Regulación y Fiscalización.

DISCURSO ACTO INAUGURACION XVII JORNADAS INTERNAS Y IRAS JORNADAS ESTUDIANTILES DEL ATENEU ARGENTINO DE ODONTOLOGIA



Comisión organizadora de las XVII Jornadas.

**DATOS SOBRE EL EVENTO
REALIZADO CON EXITO**

115 disertantes
58 expositores de posters
3 salas simultáneas
420 inscriptos
11 stands comerciales

Celebrado en el Hotel Holiday Inn de Buenos Aires los días 16 y 17 de Noviembre de 2001.

Ariesgar en esta vida es proponer una cita con la felicidad. Esta frase fue la que brindó convicción, fuerza y entusiasmo a nuestro grupo para organizar estas XVII Jornadas Internas y Iras Jornadas Estudiantiles del Ateneo Argentino de Odontología y la Universidad Favaloro.

Les damos la bienvenida a los docentes de la Universidad de Buenos Aires, Universidad del Salvador, Universidad Argentina John F. Kennedy, Universidad de La Plata, al Director y Vicedirector del Hospital de Odontología Infantil "Don Benito Quinquela Martín": Dres. Carlos Grinberg y Roberto Gil Saenz, junto a su equipo de colaboradores.

También bienvenidos los destacados profesionales del Hospital Zonal de Odontología Infantil Dr. Bollini, a los integrantes del Laboratorio de Radiopatología de la Autoridad regulatoria Nuclear.

Un saludo especial a la Dra. Delia Ayala Aramburo – Directora Académica de la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Simón – (Cochabamba, Bolivia) y a sus alumnos; como así también a los estudiantes

de la República del Uruguay.

A nuestros queridos colegas del Ateneo, que además de preparar sus exposiciones y posters, colaboran como coordinadores de Sala y Jurado en la Subcomisión de Selección de trabajos, y no olvidamos el agradecimiento a los jóvenes estudiantes de 4º y 5º año de la Facultad que tendrán su espacio en el Capítulo Estudiantil.

La mayor satisfacción de nuestra Comisión de Congresos y Jornadas, es haber cumplido con las metas fijadas. Por lo tanto ¡Muchísimas Gracias! A todo el equipo de trabajo.

Pablo Picasso decía "Yo hago lo imposible porque lo posible lo hacen los demás". El Ateneo Argentino de Odontología trabajó sin descansar para lograr lo imposible.

Gracias a todos por acompañarnos y esperamos que disfruten de ésta nuestra fiesta científica.

Dra. Lilian Pivetti
Dra. Angela Vallone

DOLOR OROFACIAL

Dr. Jeffrey P. Okenson, DMD



Esta nueva edición de la obra es de fundamental importancia para odontólogos generales y especialistas preocupados por las cuestiones de una de las vertientes del tratamiento odontológico, la función, que junto con las consideraciones estéticas dan base sólida a los objetivos y las decisiones terapéuticas. Da forma lógica y práctica genera inquietudes a quienes estén interesados en profundizar en este campo de múltiples cambios y continuos avances.



Para que vaya agendando

El Ateneo Argentino de Odontología tiene el agrado de comunicarle que ha confirmado la presencia del **Dr. Jeffrey P. Okeson**, DMD, profesor y director del Centro de Dolor Orofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Kentucky, quien dictará un curso de su especialidad, entre los días 16 y 17 de agosto del 2002.

Informes e inscripción: Anchorena 1176 (C1425 ELB) Cap Fed. tel/fax 4962.2727 | e.mail: ateneo@canopus.com.ar

Correo de lectores

American Dental Association

211 East Chicago Avenue, Chicago, USA.

May 15, 2001.

Ateneo Argentino de Odontología.

Anchorena 1176 (1425) Buenos Aires, Argentina.

While reviewing our library records, we have found that we are missing the following issues of your publication: Revista del Ateneo Argentino de Odontología.

v. 38 nº 1 & 2 (January - December 1999).

v. 39 nº 1 (January - April 2000)

v. 40 nº 1 (May - June 2001)

We would greatly appreciate it if you could send us the issues to enable us to complete our files.

Sincerely, Mabel Siev
Department of Library Services.

Asociación Odontológica del Dpto. San Lorenzo.

Dr. Ghio 689. San Lorenzo (Sta. Fe).

San Lorenzo, 20 de Diciembre de 2000.

Sr. Presidente

Ateneo Argentino de Odontología

De nuestra mayor consideración:

Por la presente tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. Con el objetivo de agradecerles el material informativo, Revista del Ateneo Argentino de Odontología, enviada a esta Asociación, la cual es y será valorada por esta Comisión Directiva y sus Asociados. Aprovechamos la oportunidad para felicitarlos por el encomiable esfuerzo que Uds. realizan al brindar a sus colegas de la odontología tan importante y excelente material.

Sin otro particular, saludamos atte.

Asociación Odontológica del Dpto. San Lorenzo.

Lic. Elizabeth Peña Martínez. (Directora biblioteca)

Hospital Provincial Docente. Av. Lenin, Holguín, CP80100, Cuba.

Holguín, 12 de Junio del 2001.

Estimados Sres. Armando H. Pollero y Dr. Mario Beszkin:

Después de saludarlos y agradecerles de forma manuscrita (ya que les envié tarjeta deseándoles un próspero y feliz año 2001 y le daba también las gracias por la linda tarjeta enviada), el haber llegado hasta nosotros con la esperanza de que este nuevo milenio nos una en la fe de un mundo más justo; en esta ocasión les escribo además, con el propósito de explicarles de que de su especialidad no inhibimos ninguna publicación periódica, la literatura de que disponemos es escasa y no poseemos divisas para compras o suscripciones.

Sin pretender abusar de su bondad, les ruego valoren la posibilidad de hacernos llegar la revista que editan y créanme que de correspondernos en nuestro empeño será infinita nuestra gratitud. Esperando con ansiedad su respuesta, le saluda,

Lic. Elizabeth Peña Martínez.
Hospital Provincial Docente. Cuba.

Agenda de Congresos y Jornadas

**EN EL 2002
EN LA ARGENTINA**

III ENCUENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ENDODONCIA

19/20/21 de abril de 2002.

Lugar: Hotel Aconcagua - Mendoza

Informes e inscripción: secretaria de la S.A.E

tel 4961-6141 / fax 4961-1110

e.mail sae@aoa.org.ar

COSAE 2002

16 al 18 de agosto de 2002

Lugar: Hotel Caesar Park

Informes e inscripción: SAE

Junín 959, (1113) Buenos Aires

Tel. 4961-6141 int. 203. Fax 4961-1110.

ACTO-PRÓTESIS 2002

23 al 26 de mayo de 2002.

Lugar: Hotel Caesar Park.

Informes e inscripción: SOD y MD, APA

Junín 959, (1113) Buenos Aires

tel 4961-6141 int. 204/205. Fax 4961-1110

XXII JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS

19 al 21 de septiembre de 2002.

Lugar: Buenos Aires.

Informes e inscripción: AAON

Junín 959, (1113) Buenos Aires

Tel. 4961-6141 int. 205. Fax 4961-1110.

CUARTA REUNIÓN INTERNACIONAL DE GLÁNDULAS SALIVALES, SALIVA Y SALUD BUCAL, DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE INVESTIGACIÓN SALIVAL.

10 al 12 de junio de 2002.

Lugar: Mar del Plata.

Informes e inscripción: Av. Pueyrredón 936, 7º piso,

depto 33 (1032) Buenos Aires

tel 4962-8251

e.mail otumilas@fmed.uba.ar

20º JORNADA ODONTOLÓGICAS INTERNACIONALES DEL CENTRO DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

3 al 5 de octubre de 2002

Lugar: Sheraton Hotel Córdoba

Informes e inscripción: COC

27 de abril 1135 (5000) Córdoba

tel (0351) 4258109. Fax (0351) 4241511.

E.mail: info@coc-córdoba.com.ar

JORNADAS INTERNACIONALES 43º NIVERSARIO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO Y 2DAS JORNADAS INTERNACIONALES DE ESTUDIANTES Y GRADUADOS DEL TERCER MILENIO.

4 al 7 de julio de 2002

Lugar: Rosario, Santa Fe.

Informes e inscripción: F.O de la U.N.R

Santa Fe 3160 (2000) Rosario, Santa Fe

tel (0341) 480-4606/7. Fax (0341) 480-4605/8

e.mail info-odonto@fodonto.unr.edu.ar

JORNADAS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL

30 de octubre al 2 de noviembre de 2002.

Lugar: Hotel Antártida, Mar del Plata.

Informes e inscripción: SAC y TBMF.

Junín 959 (1113) Buenos Aires

Tel 4961-6141 int. 415. Fax 4961-1110.

EXPONENT 2002

4 al 11 de agosto de 2002

Lugar: Centro de Exposiciones. Gobierno de la Ciudad

Informes: Cacid.

26º CONGRESO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGÍA 2002

8 al 10 de noviembre de 2002.

Sede: Salones del Centro Cultural San Martín

Informes e inscripción: Círculo Argentino de Odontología.

E. Acevedo 54 (1405) Bs As y FOPBA Belgrano 1370 p3

Tel 4901-5488 / 9311. Fax 4903-7064.

e.mail: cao@netizen.com.ar / http://www.cao.org.ar

EN EL EXTERIOR**THE 2001 CONGRESS OF THE PORTUGUESE DENTAL ASSOCIATION.**

6 al 8 de diciembre de 2001.
Lugar: Europarque, Santa Maria da Feira, Portugal.
Informes: Cristina Gonçalves.
E.mail: ordem@ordemedicosdentistas.pt

SWISS SOCIETY OF ENDODONTOLOGY, ANNUAL CONGRESS, ZURICH SWITZERLAND.

18 y 19 de enero de 2002.
Kongress-Sekretariat SSE, Fram Marianne, Suter, Freiburgstrasse
2, 3008 Berne, Switzerland
Tel 0041 79 7348725
e.mail: bsuter@compurene.com

SÃO PAULO INTERNATIONAL DENTAL MEETING

27 al 31 de enero de 2002.
Lugar: Anhembi Pavilion, Sao Paulo, Brazil
Informes: Danny F Arendt – Intl Committee Coordinator
Tel 55 11 6221 3022 / 55 11 6221 3612
e.mail: prominter@apcd.org.br | www.apcd.org.br

20º CIOSP- CONGRESSO INTERNACIONAL**DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO****5ª FIOPS-FEIRA INTERNACIONAL DE****ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO E 4º SOUTH****AMERICAN DENTAL SHOW**

28 al 31 de enero de 2002
Informes: Associação Paulista de Cirurgios Dentistas.
Praça Campo de Bagatelle, 100 CEP 02012-000 Sao Paulo-Brasil (2523)
Tel 055-11 6221-3022. Fax (5511) 6221-7204
e.mail: ciosp@apcd.org.br

YANKEE DENTAL CONGRESS

31 de enero al 3 de febrero de 2002.
Lugar: John B Hynes Veterans Memorial Convention Center, Boston USA.
Informes: Ms C Bullock
Tel 1 508 651 7511 / 1 508 653 7115
e.mail: madental@massdental.org / www.massdental.org

JAMAICAN DENTAL ASSOCIATION 38th ANNUAL CONVENTION

13 al 17 de febrero de 2002.
Lugar: Renaissance Jamaica Grande Resort, St Ann.
Informes: Dr. Anna Law, Chairperson.
Tel 876-978-0440 / 876-978-4728
e.mail: annalaw@infochan.com

THE FIRST INTERDISCIPLINARY CONGRESS ON THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CRANIOFACIAL DEFORMITIES WITH DISTRACTION OSTEOGENESIS OR TRADITIONAL SURGERY.

16 y 17 de febrero de 2002.
Lugar: Grand Hyatt in Buckhead, Atlanta.
Informes: Max. Whitesides DMD, MMSc.
Meeting Planner tel/cel 404-932-9964.

CHICAGO DENTAL SOCIETY 137th MIDWINTER MEETING

21 al 24 de febrero de 2002.
Lugar: Chicago, IL, USA.
Informes: Chicago dental Society.
Tel 1 312 836 7300 / 1 312 836 7337.
e.mail: mwmc@chicagodentalsociety.org

1ST INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON: PLATELET RICH PLASMA (PRP) AND GROWTH FACTORS

22 de febrero al 2 de marzo de 2002.
Lugar: Orlando, USA.
Informes: MECC. Tel: 1 305-663-1628 / 1 305-663-1644.
e.mail: meccmia@cs.com

INTERNATIONAL CONFERENCE ON ORTHODONTIC JOURNALS

1 de marzo.
Lugar: Atenas, Grecia.
Informes: Greek orthodontic Society
95-97 Mavromichali Street. GR-11472, Athens Greece.
Fax 30 1 3615432
e.mail: info@grortho.gr

XXXV CONGRESO NACIONAL ASOCIACIÓN MEXICANA DE ORTODONCIA.

6 al 9 de marzo.
Lugar: Ixtapa Zihuatanejo
Tel 01 (2) 229 5526 249 88 65 / 01 (2) 229 5527
e.mail: enciso@amo.org.mx

80th IADR/AADR/CADR GENERAL SESSION

6 al 9 de marzo de 2002.
Lugar: USA.
Informes: Gwynn Breckenridge, Int Assoc of Dental Research
Tel 1 703 548 0066 ext 12 / 1 703 548 1883.
e.mail: research@iadr.com

AEEDC 2002 – UAE INTERNATIONAL DENTAL CONFERENCE & ARAB DENTAL EXHIBITION

9 al 12 de marzo de 2002
Lugar: Airport Expo, Dubai.
Informes: INDEX Conferences & Exhibitions Ltd.
Tel 971 4 2651585 / 971 4 2651581
e.mail: index@emirates.net.ae

18TH AUSTRALIAN ORTHODONTIC CONGRESS

15 al 19 de marzo de 2002.
Lugar: Perth, Australia.
Informes: Meeting Masters
Tel 61 8 9221 3999 / 61 8 9221 3983
e.mail: info@meetingmasters.com.au

THE 6th ALL RUSSIAN SCIENTIFIC & PRACTICAL CONFERENCE & THE 4th INTERNATIONAL EXHIBITION "DENTAL SALON" 2002.

26 al 29 de marzo de 2002.
Lugar: Moscow, Russia.
Informes: Mr I Brodetski
Tel 7 095 281 7881 / 7 095 281 9306
e.mail: dentalexpo@geosoft.ru / geosoft@cabel.ru

THE 24th ASIA PACIFIC DENTAL CONGRESS THE 44th KDA SCIENTIFIC CONGRESS & THE DENTAL TRADE SHOW

4 al 7 de abril de 2002.
Lugar: Convention & Exhibition Center (COEX) & Seoul Tade Exhibition Center (SETEC), Seoul, Korea.
Informes: C. Secretaria, Intercom Convention Serv, Inc.
Tel 82 2 568 9340 6 82 2 566 6339
e.mail: apdc2001@intercom.pco.co.kr

SAUDI MEDICARE/SAUDI DENTISTRY 2002.

7 al 9 de abril de 2002.
Lugar: Riyadh Exhibition Centre, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia.
Informes: HKashouh, Project Manager, Riyadh Exhibitions Co Ltd
Tel 966 1 4541448 / 966 1 4544846
e.mail: info@recepco.com | medicare@recepco.com

INTERNATIONAL DENTAL EXHIBITION AND MEETING SINGAPORE – IDEM 2001.

12 al 14 de abril de 2002.
Lugar: Singapore Int Convention & Exhibition Centre English.
Informes: Köln Messe International GmbH, Petra Mottmann.
Tel 49 221 821 3586 / 49 221 821 2092.
e.mail: p.mottman@kmi.koelnmesse.de

AMERICAN ASSOCIATION OF ORTHODONTISTS ANNUAL SESSION.

20 al 24 de abril de 2002.
Lugar: Baltimore Convention Center, Baltimore.
Informes: AAO
Tel 1 314 993 1700 / 1 314 997 1745

AEEDC 2002.

22 al 24 de abril de 2002.
Lugar: Dubai.
Informes: INDEC Conference & Exhibitions Organizations Est
Tel 971 4 265 1585 / 971 4 165 1581
e.mail: index@emirates.net.ae

THE 2002 BDA NATIONAL DENTAL CONFERENCE

2 al 4 de mayo de 2002.
Lugar: Waterfront Hall, Belfast.
Informes: Charlotte Long, Conference Organiser.
Tel 44 (0) 20 7935 0875 / 44 (0) 20 74 87 5232.
e.mail: c.long@bda-dentistry.org.uk

DENTAL EXPRESS INTERNATIONAL

2 al 4 de mayo de 2002.
Lugar: Budapest, Hungary.
Informes: Mr A Dobos, Edition & Expo AG
Tel 36 1 466 8021 / 36 1 985 0392.

102º CONGRESO DE LA ASOC AMERICANA DE ORTODONCIA.

4 al 8 de mayo de 2002.
Lugar: Pennsylvania Convention Center.
North Linderbergh Boulevard.
Informes: St. Louis Missouri USA 63141-7816
Tel 01 314-993-1700 / fax 01-314-997-1745.

**CENTENNIAL CANADIAN DENTAL ASSOCIATION/
ODRE DES DENTISTES DU QUEBEC.**

25 al 29 de mayo de 2002.
Lugar: Montreal, Quebec, Canada.
Informes: Mrs Bernadette Dacey.
Tel 1 613 523 1770 / 1 613 523 3062
e.mail: bdacey@cda-adc.ca

CONGRESO ESTOMATOLOGÍA 2002.

27 al 31 de mayo de 2002
Lugar: Ctro de Conv. Plaza América, Varadero, Cuba.
Informes e inscripción: Dra. Margarita Pedrosa y
Dra Estela Gispert.
Sociedad Cubana de Estomatología
Tel (537) 55-2559. Fax (537) 55-2558.
e.mail: cncscs@infomed.sld.cu

6th EUROPEAN SYMPOSIUM ON SALIVA.

29 de mayo al 1 de junio de 2002.
Lugar: Egmond aan Zee, The Netherlands
e.mail: ajm.ligtenberg.obc.acta@med.vu.nl

**78th CONGRESS OF THE EUROPEAN
ORTHODONTIC SOCIETY**

4 al 8 de junio de 2002.
Lugar: Sorrento Palace Conference Centre, Sorrento, Italy.
Informes: J P Moss, Honorary Secretary
Tel 44 (0) 20 7935 2795 / 44 (0) 20 7323 0410
e.mail: eoslondon@compuserve.com

SINO-DENTAL 2002.

10 al 13 de junio de 2002.
Lugar: Beijing Exhibition Centre, P. R. China
Informes: Chinese Stomatological Association,
International Health Exchange Centre, Ministry
of Health, P.R. China.
Tel 86 10 6879 2541 / 86 10 6879 2543
e.mail: ihec_expo@sina.com.cn

**ACADEMY OF GENERAL DENTISTRY ANNUAL
MEETING**

4 al 7 de julio de 2002.
Lugar: Hawaii Convention Center, Hawaii.
Informes: Kathleen Donovan, AGD
Tel 1 312 440 4300 / 1 312 440 0513
e.mail: meetings@hwcb.org

27th ANNUAL ACAD DENTAL CONFERENCE

18 al 23 de agosto de 2002.
Lugar: Thredbo Alpine Village, Thredbo, Australia.
Informes: Secretariat, ICMS Ltd.
Tel 61 3 9682 0244 / 61 3 9682 0288
e.mail: acad@acms.com.au

CEDE - 11th EUROPEAN DENTAL EXHIBITION,

13 al 15 de septiembre de 2002.
Lugar: Lodz, Poland.
Informes: Exactus
Tel 42 632 2866 / 42 632 2859
e.mail: exactus@lodz.pli.net

**THE 8th CONGRESS OF RUSSIAN DENTAL
ASSOCIATION & THE 7th INTERNATIONAL
EXHIBITION "DENTAL EXPO 2002".**

17 al 20 de septiembre de 2002.
Lugar: Moscow, Russia.
Informes: Mr I Brodetski
Tel 7 095 281 7881 / 7 095 281 9306
e.mail: dentalexpo@geosoft.ru

30th EXPDENTAL

17 al 21 de septiembre de 2002.
Lugar: Fiera di Milano.
Informes: Mr Luigi De Vecchi.
Tel 39 02 461330 / Fax 39 02 4675101
e.mail: expdental@expdental.it

**Ist MEETING, PAN-EUROPEAN FEDERATION OF DENTAL
RESEARCH WITH THE SCANDINAVIAN ASSOCIATION
FOR DENTAL RESEARCH, IADR CONTINENTAL EURO-
PEAN DIVISION, THE IADR IRISH DIVISION, & THE 50th
ANNUALSESSION OF THE BRITISH SOCIETY FOR DEN-
TAL RESEARCH**

25 al 29 de septiembre de 2002.
Lugar: Cardiff, Wales.
Informes: Prof A.W.G. Walls.
e.mail: a.w.g.walls@newcastle.ac.uk

VIENNA 2002-THE FDI WORLD DENTAL CONGRESS:

1 al 5 de octubre de 2002.
Lugar: The Austria Centre, Vienna.
Informes: FDI Congress Department.
Tel 44 (0) 20 7935 7852 / 44 (0) 20 7486 0183
e.mail: congress@fdi.org.uk

**143rd ANNUAL SESSION OF THE AMERICAN DENTAL
ASSOCIATION**

12 al 16 de octubre de 2002.
Lugar: New Orleans, LA, USA
Informes: American Dental Association
Tel 1 312 440 2658 / 1 312 440 2707
e.mail: annualsession@ada.org

FINNISH DENTAL MEETING 2002.

7 al 9 de noviembre de 2002.
Lugar: Helsinki Fair centre, Finland.
Informes: Dr. Pirikko Aho, Chairman of the
Committee for Continuing Education
Tel 358 9 6803 120 / 358 9 646 263
e.mail: koulutus@hmlseura.fi

AMERICAN DENTAL TRADE ASSOCIATION

13 al 17 de noviembre de 2002.
Lugar: Turnberry Isle resort and Club, Aventura,
Florida, USA.
Informes: Mr R S Bolan
Tel 1 703 379 7755 / 1 703 931 9429
e.mail: bolan@adta.com

8th INTERNATIONAL CONGRESS ON ORAL CANCER

27 de noviembre al 2 de diciembre de 2002.
Lugar: Rio de Janeiro, Brazil.
Informes: Dr Nilton T. Herter
Tel 55 51 332 4719 / 55 51 330 7732
e.mail: herter@santacasa.tche.br

GREATER NEW YORK DENTAL MEETING

1 al 4 de diciembre de 2002.
Lugar: Jacob K Javits Convention Center
Informes: Dr Howard B Menell
Tel 1 212 398 6922 / 1 212 398 6934
e.mail: gnydm@aol.com

Fuentes:

A.D.A. (American Dental Association)
F.D.I. (Federación Dental Internacional)
A.A.O. (Ateneo Argentino de Odontología)

ORTHO HOUSE

AHORA PUEDE HACER SU PEDIDO FACILMENTE
Comuníquese al tel. / fax: (5411) 4881-6168
IMPORTADOR DE PRODUCTOS DE ORTODONCIA
PROCEDENCIA USA, ITALIA Y BRASIL



ASESORAMIENTO PROFESIONAL GRATUITO

Información para los autores

La revista del Ateneo Argentino de Odontología (RAAO), informa los tipos de trabajos que serán considerados por el Comité de Redacción.

1.- Artículos originales que aporten nuevas experiencias clínicas y/o de investigaciones odontológicas.

2.- Artículos de actualización bibliográfica sobre temas puntuales y que comprendan una revisión de la literatura dental desde un punto de vista científico, crítico y objetivo.

3.- Casos clínicos, serán considerados para su publicación casos clínicos poco frecuentes o que aporten nuevos conceptos terapéuticos que sean útiles para la práctica odontológica.

4.- Versiones secundarias de artículos publicados internacionalmente y que sean de actualidad y/o novedad científica, técnica de administración de salud, etc. Al pie de página inicial se deberá indicar a los lectores su origen, por ejemplo: Este trabajo se basa en un estudio de..... publicado en la revista..... (referencia completa).

5. Correo de lectores: este espacio será para exponer opiniones personales sobre artículos publicados u otros temas de interés del lector y/o lectores. Para el caso de trabajos publicados, el autor y otros, tendrá su derecho a réplica o respuesta. Este Correo de Lectores aceptará una redacción continua, sin apartados, de dos hojas tamaño carta acompañada de una sola figura o tabla y con cinco referencias bibliográficas como máximo.

6. Noticias institucionales y generales que refieran a la odontología, su enseñanza y/o su práctica y comentarios de libros.

7.- Agenda Nacional e Internacional de Congresos, Jornadas, Seminarios, etc. que expresen la actividad de la profesión.

8.- Presentación y estructura de los trabajos a publicar, según las siguientes normas:

8.1.- Los trabajos deberán ser presentados en diskette, zip o cd y prueba impresa en hoja blanca tamaño carta de un solo lado, con espacio entre líneas razonable y un margen de 2.5 cm

8.2.- En la primera página se consignará:

8.2.1.- Título en letras mayúsculas.

8.2.2.- Autor(es), con nombre(s) y apellido(s). En caso de aclarar cargo o lugar de trabajo, colocar un asterisco a continuación del nombre del autor que corresponda, consignando la aclaración al pie de la página.

8.2.3.- El trabajo se iniciará con un resumen y palabras claves en castellano y un Abstract y Keywords en inglés.

El resumen debe llevar como máximo 200 palabras y comunicar el propósito del artículo, su desarrollo y las conclusiones más sobresalientes.

Las palabras claves identificadas como tales (entre 3 y 10 palabras máximo) servirán para ayudar a los servicios de documentación a hacer el índice del artículo.

El resumen y las palabras claves deben consignarse en castellano e inglés.

8.2.4.- A continuación, se transcribirá el trabajo, numerándose las páginas.

8.3.- Las referencias bibliográficas se señalarán en el texto con el número según la bibliografía, ubicado sin paréntesis por encima del autor o cita que corresponda. Por ejemplo, a) Petrovic16 dice...; b) ...la ubicación de los caninos según la técnica expuesta en otro trabajo11. Dichas referencias bibliográficas deben ser enumeradas en el orden en que ellas aparecen en el texto, con las siguientes normas y ejemplos:

8.3.1.- Autor(es): en mayúsculas, apellido e inicial(es).

8.3.2.- Título: a continuación, sin comillas, en minúsculas.

8.3.3.- Fuente:

8.3.3.1.- Si es libro: número de edición y editorial.

8.3.3.2.- Si es publicación en revista: título de la revista, volumen, páginas, mes y año.

Ejemplo:

1.- GRIFFITHS R.H. Report of the president's conference on the examination, diagnosis and management of temporomandibular disorders. Am. J. Orthod 35: 514 - 517; June 1983.
2.- KRUGER, G. Cirugía Buco-Máxilo-Facial. 4ª ed. Ed. Panamericana, 1982.

8.4.- La remisión a las figuras se incluirá en el texto, por ejemplo: ...el estudio cefalométrico demuestra (Fig. 3) la existencia de una anomalía...

8.5.- No deberá dejarse espacio para las figuras.

8.6.- Los cuadros, gráficos y dibujos deberán presentarse cada uno en hoja aparte blanca, en tinta negra, listos para su reducción y reproducción.

8.7.- Las fotografías se presentarán en papel, con el número de la figura en lápiz suave en el reverso. No se admitirán diapositivas.

8.8.- La Revista consignará al pie de la página inicial la fecha de aceptación del trabajo independiente del momento de su publicación.

8.9.- Al final del trabajo, después de la bibliografía, el autor(es) debe consignar una dirección postal, N° de e-mail y/o fax.

8.10.- En hoja aparte, se incluirán los títulos para las figuras, en caso que corresponda.

8.11.- No se devuelven los originales.

9.- Proceso editorial: los artículos serán examinados por el director y el Consejo Editorial de cada número a publicar. La valoración de los revisores seguirá un protocolo y será anónima.

En caso que el artículo necesitara correcciones, el autor y/o autores, deberán remitirlo a la revista antes de 30 días corridos de recibir el mismo.

10.- Separatas. El autor o autores recibirán por artículo publicado 20 separatas en forma gratuita, pudiendo encargar copias adicionales haciéndose cargo del costo correspondiente.

Hay más de una manera de
conservar siempre esta sonrisa...



Esta es una de ellas.



Squam®

Crema dental multifunción con EDS y fluor

ACCION ANTISARRO • ACCION ANTIPLACA
ACCION ANTICARIES • ACCION BACTERICIDA
PROTEGE EL ESMALTE
PREVIENE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

PRESENTACION: pomos multilaminados con 80 y 120 gr.

Gador 
Al Cuidado de la Vida

<http://www.gador.com.ar>

Antibioticoterapia de elección en odontología



2 **tomas**
diarias



875 mg de Amoxicilina
por comprimido



AmoxidalDúo[®]

Comprimidos recubiertos

**Eficacia en la profilaxis y tratamiento
de la infección osteodental**

**Máxima compliance con el mayor
cumplimiento terapéutico**

Óptima tolerabilidad y seguridad

80
ANIVERSARIO
ROEMMERS



ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA