

ISSN 0326-3827

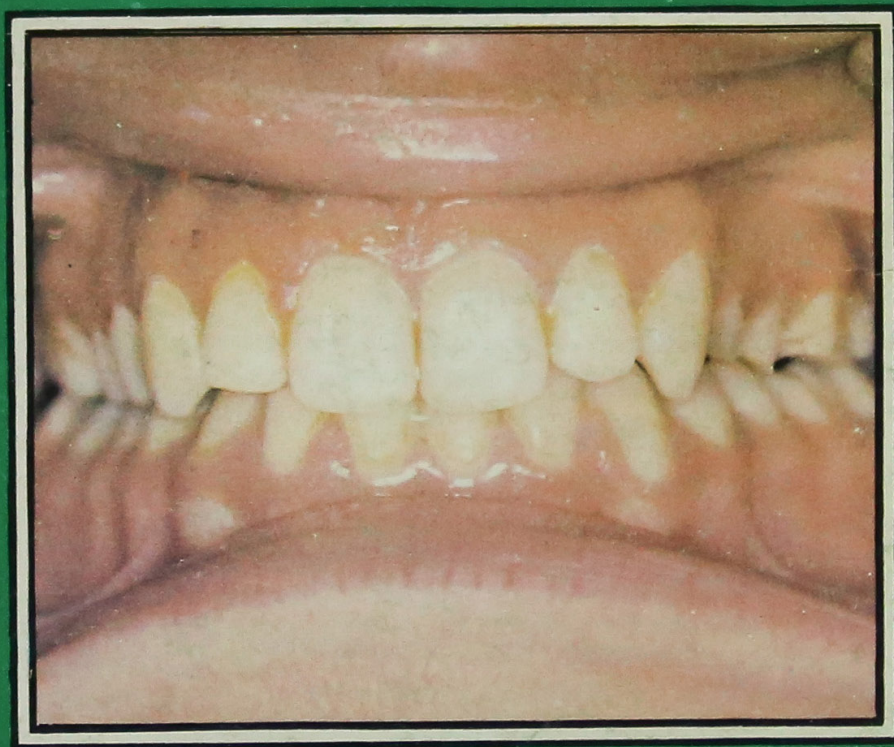
# REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

BIBLIOTECA A. A. O.

HEMEROTECA

N° UBICACION: 033

F. HA:



**OCCLUSION:** *Lograrla y  
mantenerla*

VOLUMEN XIX - N° 2 - Abril - Septiembre - 1984

35

# Sergio Trajtenberg

## ARTICULOS DENTALES

Materiales - Equipos - RX -  
Turbinas

OFERTA DEL MES

SOLDADORA . . \$a 7.000

3 CUOTAS S/INTERES

Equipo odontológico  
con compresor 3/4  
Torno colgante 1/4.  
Turbina  
Micromotor  
Cavitador  
Modelo completo c/2 sa-  
lidas para turbina y  
micromotor

Estos precios están sujetos a variantes

*Y como siempre, la comodidad  
de una cuenta corriente muy flexible.  
Estamos todos los días de 8.30 a 12.30  
en el Ateneo, Anchorena 1176*

*Radiollamado, Sistema Automático: 774-6636 y 2722.  
Sistema Manual: 774-2892 y 2792 - 771-2888. Código: 23.654*

## Ateneo Argentino de Odontología

### COMISION DIRECTIVA

Presidente ..... Dr. Elías Beszkin  
Vicepresidente ..... Dr. Mario D. Torres  
Secretario ..... Dr. Jaime Juan Fiszman  
Prosecretario ..... Dra. Edith Losoviz  
Tesorero ..... Dr. Carlos Guberman  
Profesorero ..... Dra. Clara Sztienberg

### VOCALES TITULARES

Dr. Luis Zielinsky  
Dra. Beatriz Lewkowicz  
Dr. Alfredo F. Alvarez  
Catalina Dvorkin  
Dra. Eva Schilman  
Dra. Diana Kaplan

### VOCALES SUPLENTES

Dr. Ricardo Pomeraniec  
Dra. Silvia Rudy  
Dr. José Adonaylo  
Dr. Oscar Siscar  
Dra. Lilliana Doctorovich  
Dr. Ricardo Chait

### COMISION FISCALIZADORA

#### TITULARES

Dr. Miguel Stratas  
Dra. Henja de Rapaport  
Dr. Saúl Merlin

#### SUPLENTES

Dr. Mario Beszkin  
Dra. Sofia Vinograd  
Dr. Eduardo Muíño

### TRIBUNAL DE HONOR

Dr. Angel Lagorio	Dr. Elías Samoilovich	Dr. Leonardo Voronovinsky
Dr. Rubén Racagni	Dra. Teresa Israelson	Dra. Sara Sneibrun
Dr. Noemí Lisman	Dr. Natalio Schesak	Dra. Sara Kotler

LAS OPINIONES expresadas en esta publicación no reflejan el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, a menos que hayan sido adoptadas por el mismo. Serán considerados como trabajos originales los que no hayan sido publicados ni estén en vías de publicación. Estarán escritas con máquina de un solo lado y en doble espacio. Llevarán, asimismo, el nombre completo del autor, sus títulos, cargos y su domicilio. No se devuelven originales.

**Intercambio internacional:** deseamos canje con revistas similares. Nous désirons établir l'enchange avec les revues similaires. Desideriamo intercambio con rivisti simili. Deseamos permutar con as revistas congeneres. We wish to exchange with similar magazine. Un austausch Wird gebeten.

# SUMARIO

LA SALUD BUCAL EN EL PROYECTO NACIONAL	3
ERUPCION DENTARIA (2ª PARTE)	5
TRACCION EXTRAORAL ORTODONCIA	13
LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA	18
INFORMACIONES: COMISION ASESORA PERMANENTE DE SALUD BUCAL	35
ODONTOLOGOS EN LA FUNCION PUBLICA	44
VII JORNADAS INTERDISCIPLINARIAS DEL ATENEO	45
ATENCIÓN EN LA CLINICA	48

DIRECTOR, Alfredo Fermín Alvarez

CUERPO DE REDACCION: Carlos Guberman,  
Ana María Rodríguez, Silvia Rudoy,  
Diana Kaplan.

Correspondencia: Anchorena 1176/78  
(1425) Buenos Aires.  
Teléfonos: 821-7349 y 0394  
República Argentina

Diagramación y dirección técnica:  
Antonio Tarstiani.  
Producción publicitaria:  
A.F.T.

## Editorial

### Salud Bucal en el Proyecto Nacional

El 10 de diciembre de 1983 se produjo un hecho inédito en cuanto a Salud Bucal. El Presidente constitucional, en su mensaje inicial al Congreso Nacional, destacó la preocupación de su gobierno en la solución de los acuciantes problemas sanitarios del país mencionando, entre otras áreas, a la Salud Bucal como uno de los programas concretos para desarrollar. Por primera vez desde la más alta magistratura y en el augusto recinto de las leyes se adquirió tal compromiso.

En los primeros meses de la gestión, se advierte la decidida puesta en marcha del enunciado presidencial. El Ministerio de Salud y Acción Social, a través de su Dirección Nacional de Odontología, elaboró y publicó el Plan y Programa Nacionales de Salud Bucal con el propósito de "tender al mantenimiento de la Salud Bucal, entendida como la conservación de las estructuras dentarias naturales del individuo durante toda su vida". El Programa Nacional contempla los siguientes subprogramas: Atención primaria odontológica en escolares, integración de los servicios en atención primaria, epidemiología, educación continua para odontología, fluoración y defluoración de aguas de abasto público, asistencia técnica y financiera a las provincias.

Del 3 al 5 de mayo se realizó en La Falda, Córdoba, un Seminario de Salud Bucal, en el que se estudiaron mecanismos para posibilitar la implementación inicial del plan. Con asistencia de los responsables provinciales del área, decanos y secretarios académicos de facultades de todo el país, representantes de la C. O. R. A. y del Instituto Nacional de Obras Sociales, se produjo un informe consolidado que se transcribe en esta edición.

Esta preocupación por el tema Salud Bucal se ha insertado también en el ámbito de la Seguridad Social. Los interventores de los 12 institutos de servicios sociales de conducción mixta, que cubren el 52% de la población de todo el sistema INOS, han iniciado una tarea de coordinación en distintas áreas, a lo que tampoco ha escapado el problema en análisis. Reunidos en Corrientes, del 28 al 30 de junio, sentaron bases de otras reuniones proponiendo entre los temas a tratarse en la reunión siguiente (Carlos Paz, Córdoba, 15 y 16 de agosto), los de Salud Materno Infantil y Salud Bucal, para su análisis, discusión y propuesta de acciones compartidas.

A efectos de tratar el borrador del documento de trabajo para esa ocasión, se ha constituido una subcomisión en la sede de la dirección Nacional de Odontología, con representantes del sector de los institutos mencionados. Se prevé la incorporación de las Obras Sociales estatales y de empresas del Estado, con las cuales se contaría con un padrón del 64% de los afiliados cubiertos por el sistema, Ley 22.269.

Como resultado de la reunión de La Falda, se formó en el nivel del Ministerio de Salud y Acción Social una comisión integrada por el director Nacional de Odontología, el presidente de la C.O.R.A., el presidente de la Asociación de Facultades de Odontología de la República Argentina y un representante del Instituto Nacional de Obras Sociales para coordinar la implementación del Programa Nacional de Salud Bucal. Se ha previsto la formación de tres subcomisiones: Nomenclador Nacional, Insumos y Formación del Recurso Humano, que se integrarán con el mismo criterio de representación.

Así, que en pocos meses, se nota la firmeza de los primeros pasos en la inserción de la salud bucal en el proyecto nacional, para contribuir a hacer cierto que la democracia no es sólo aquella con la que se vota, sino con la que se come, con la que se educa y con la que se cura.

## Erupción Dentaria

MARIO BESZKIN, BEATRIZ LEWKOWICZ, EDITH LOSOVITZ,  
EVA SCHILMAN Y MARIO DANIEL TORRES.

En el número anterior (Revista del Ateneo Argentino de Odontología Vol. XIX N° 1, 1984) hemos comenzado a analizar el tema "Erupción Dentaria", fundamentalmente en las denticiones temporaria y mixta, particularizando en sus aspectos descriptivos, diagnósticos, de control de la erupción y conductas preventivas e interceptivas. Dedicaremos esta segunda parte a la terapéutica de las alteraciones de la Erupción, cuya manifestación más severa es la retención de la pieza dentaria, ya sea por impactación o no erupción. Se analizarán los factores etiopatogénicos, la valoración de los elementos de diagnóstico, la conducta terapéutica y los elementos que deben tenerse en cuenta en la toma de decisión.

### 2ª PARTE

#### FACTORES ETIOPATOGENICOS

Se describe al diente impactado como aquél que por diversos factores no alcanza naturalmente su ubicación en el arco dental. El orden de frecuencia de la impactación es el siguiente: tercer molar inferior, canino superior, tercer molar superior, segundo premolar inferior, segundo premolar superior e incisivos superiores.

Si bien podemos generalizar las causas de impactación, a cada pieza corresponde con mayor frecuencia determinados factores etiológicos que sintetizamos en el cuadro 1.

En general, el problema de la no erupción dentaria es multifactorial. A los fines de facilitar un diagnóstico precoz, enunciaremos las situaciones más frecuentes:

#### I. FACTORES DEL GERMEN

*Posición:* Rotaciones, gresiones, transposiciones, etc., pueden ser motivo de no erupción.

*Alteraciones morfológicas:* Geminaciones, concrecencias, fusiones, dens-invaginated, dilasceraciones radiculares, etc. De estas alteraciones la que más se destaca por su frecuencia y porque además puede ser controlada, es la dilasceración radicular que a veces es motivo suficiente de impactación y muchas consecuencia de la no erupción.

La dilasceración está relacionada con la región apical correspondiente a esa pieza. Si algún obstáculo impide la erupción, condensaciones óseas tales como la sutura medio-palatina, piso de fosa piriforme, piso de seno maxilar y conduc-

to dentario inferior pueden alterar la dirección de la raíz en formación, provocando su desviación.

Esta situación condiciona la toma de decisión en el sentido de la recuperación de la pieza impactada con la lógica dificultad operatoria, o la extracción.

**Disrelación germen-región apical:** El problema tan frecuente de discrepancia hueso-diente, si bien tiene su manifestación terminal en la arcada dentaria, puede generarse por discrepancias ya existentes entre el tamaño del germen y la región que lo alberga (región apical).

Estas circunstancias, que en general son inmodificables por tratamiento deben ser reconocidas tempranamente para poder hacer una correcta evaluación del caso clínico a tratar, particularmente cuando la iniciación terapéutica es precoz o las decisiones en el manejo del espacio son dudosas.

En referencia a las características de cada zona de la región apical, remitirse a la primera parte de este trabajo.

## II. FACTORES DE LA SENDA DE ERUPCIÓN

La senda de erupción está dada por la orientación inicial del germen pudiendo ser desfavorable para su erupción. A la vez, distintos obstáculos pueden interferir su trayectoria hacia la arcada. Entre éstos merece destacarse la fibrosis gingival y, entre los tejidos duros, la persistencia de dientes primarios, supernumerarios, odontomas, quiste dentígeno, otros tumores, traumatismos, etc..

En estas circunstancias cobra importancia la cirugía preventiva de la erupción, ya sea eliminando los obstáculos posibles de ser removidos o realizando ortodoncia quirúrgica para modificar la trayectoria.

Queremos destacar que la conducta ortodóncico-quirúrgica está condicionada por el obstáculo pues, al tratarse de

piezas permanentes, la decisión dependerá de una evaluación integral de la oclusión.

El tratamiento precoz evitará daños en las piezas vecinas, irreparables (risolisis) o reparables (inclinaciones).

## III. FACTORES DE LOS MAXILARES Esqueletales

**Falta de desarrollo:** Entendiendo que la organización de la oclusión y sus características tipológicas están íntimamente relacionadas con el marco esquelético que lo contiene, las desarmonías de volumen y forma entre éste y el material dentario es otro de los factores causales de la alteración que nos ocupa.

**Morfología:** Los problemas de morfología esquelética tienen importancia entre las causas de impactación del tercer molar inferior. En el trabajo "Causas de impactación del tercer molar inferior", Bjork y Palling señalan la relación entre impactación y mandíbulas con características estructurales de crecimiento condilar hacia arriba y adelante, ángulo goníaco cerrado, marcada sínfisis mentoniana, dirección de erupción de las piezas inferiores hacia distal, donde la tendencia a la menor reabsorción del borde anterior de la rama hacen crítico el espacio disponible en la zona retromolar.

**Forma-tamaño de la región apical:** Ver primera parte.

### Del arco dentario

Siendo la arcada dentaria zona de influencia terapéutica, es importante la evaluación oportuna del espacio y su manejo, para facilitar y abrir camino a las piezas decisivas en la oclusión, por ejemplo caninos superiores. Partiendo del hecho que estos caninos se forman en zonas alejadas de la oclusión, y si se le suma la circunstancia de ser las últimas en erupcionar en un espacio condi-

cionado por los sectores anterior y lateral, se entiende la frecuencia de su impactación. La indicación temprana de extracción de premolares, inclusive su gemotomía como indican Moyers y otros, debe ser tenido en cuenta en los casos de espacio crítico.

Los segundos premolares corren similar suerte, situación agravada cuando son precedidos por la erupción de los segundos molares, complicada en la arcada superior por la tendencia a la gresión mesial de los primeros molares. Cuando radiográficamente se observa esta situación es necesario mantener el espacio conteniendo el primer molar.

## VALORACION DE LOS ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO

### I. Clínicos

### II. Radiográficos

#### I. Clínicos

El examen clínico debe comenzar con el recuento dentario.

**Palpación:** A la edad de 8 años será palpable un bulto en el fondo de surco a la altura del canino primario, correspondiendo al germen del permanente. Su ausencia es un alerta de la posible alteración de la erupción. Como es habitual la retención por palatino del canino superior, la exploración debe continuarse observando y palpando este área.

**Movilidad y cambios de posición de los dientes vecinos:** Las piezas que más frecuentemente pueden ser afectadas en su posición son los incisivos laterales por impactación de los caninos, manifestándose con un apantallamiento de los mismos. Cuando como consecuencia de la impactación se produce la risolisis de las piezas contiguas, es posible encontrar movilidad en ellas.

**Dolor:** En general está asociado con complicaciones pulpares de los dientes vecinos.

## II. Recursos radiológicos.

**Radiografía panorámica:** Es útil en la medida que nos permite tener una visión generalizada y unitaria de la erupción dentaria, informando sobre la presencia y posición de los gérmenes y cronología de la erupción. Como hemos descrito en la primera parte de este trabajo, usamos la radiografía panorámica para hacer predicción de impactación. Asimismo, nos da una primera información sobre patologías intraóseas.

**Periapical:** La radiografía periapical permite ubicar la pieza de interés con mayor precisión, siendo indispensable ante la sospecha de impactación visualizada en la panorámica. Tiene indicaciones diagnósticas, de control de tratamiento y seguimiento.

Para la ubicación espacial prequirúrgica exacta se recomienda el método de Clark o "técnica del objeto buscado" consistente en la toma radiográfica del objeto desde dos incidencias distintas.

**Oclusal:** Sólo tiene valor complementario dado que la modificación de la incidencia desplaza al objeto buscado hacia posiciones arbitrarias.

**Telerradiografía lateral:** La importancia que toma esta técnica en el tema que nos ocupa es el análisis del espacio disponible y las posibilidades o limitaciones de su obtención, en especial para el tercer molar inferior.

### TOMA DE DECISION

## VALORIZACION DE LOS FACTORES CONDICIONANTES

La pieza retenida puede ser un problema individual o asociado a otras alteraciones de la oclusión. Decidir la recuperación de una pieza retenida dependerá de los siguientes factores condicionantes:

- valor de la pieza.
- morfología de la pieza.

- c) posición y ubicación de la pieza.
- d) factores de oclusión.
- e) factores generales.

**a) Valor de la pieza** (relacionado con la oclusión, la estética y el valor protético)

Por su papel en la oclusión queremos revalorizar la importancia de la recuperación de los caninos que se intenta aún a expensas de la pérdida de premolares siempre que podamos asegurar su correcta ubicación en la arcada.

El valor del tercer molar debe ser tenido en cuenta como pilar posterior en función del futuro protético del paciente.

No compartimos el criterio de practicar la extracción sistemática de los mismos, como lo indican algunos ortodontistas, quienes lo preconizan para evitar recidivas y apiñamiento anteroinferior, concepto discutible.

Respecto al papel estético es obvia la importancia del sector incisivo.

#### **b) Morfología de la pieza**

Es fundamental la valoración de la morfología y tamaño radicular para justificar o no su recuperación. Alteraciones de la corona no son un impedimento en esta decisión dado que puede repararse protéticamente.

La dilatación radicular complica la técnica ortodóncica; la apicectomía puede ser un recurso adecuado.

#### **c) Posición y ubicación de la pieza**

La valoración de los elementos de diagnóstico precedentemente enumerados adquirirá particular interés al retratarse en la realidad que implicará la exploración quirúrgica.

Los recursos clínico-quirúrgicos enunciados brinda información sobre posición, ubicación, tamaño y forma de la pieza no erupcionada, relación con dientes vecinos, integridad de éstos, características del patrón óseo, ubicación y tamaño de los eventuales obstáculos.

En forma compartida, ejerciendo acciones interdisciplinarias, deberán tomarse decisiones sobre abordaje adecuado, táctica y técnica quirúrgica de emplear, diseño del colgajo, magnitud de la osteotomía, oportunidad de la colocación del anclaje, control de la cicatrización y seguimiento.

#### **Factores de oclusión**

**Discrepancia hueso-diente:** Los problemas de falta de espacio pueden ser determinantes en la conducta extraccionista de una pieza impactada. Todas las limitaciones para la obtención de mayor longitud del arco dentario, por plantear riesgos en la función oclusal, deben ser tenidos en cuenta en la decisión terapéutica.

Mientras que en el tipo esquelético de crecimiento rotacional divergente trataremos de evitar que el espacio necesario para la pieza impactada sea obtenido a costa de técnicas de ensanche o distalamiento, en los tipos de crecimiento convergente importa la recuperación de los caninos, por su papel en la estabilización de la dimensión vertical.

**Relación anteroposterior:** En la decisión del mantenimiento o no de la pieza impactada pueden considerarse las relaciones anteroposteriores de las arcadas dentarias.

**Valoración de los homólogos y los antagonistas:** Debe ser considerada en el marco de la idea de la búsqueda de simetría, mantenimiento de la línea media superior y correcta intercuspidad.

**Factores generales:** A lo antedicho cabría agregar factores de orden más general tales como enfermedades sistémicas, aceptación del tratamiento por parte del paciente y la posibilidad del seguimiento.

#### **CONDUCTA TERAPEUTICA**

—Extracción

- Liberación sin tracción ortodóncica
- Ortodoncia quirúrgica
- Transplante
- Tratamiento ortodóncico-quirúrgico

#### **I. EXTRACCION**

El análisis de todos los elementos mencionados nos puede conducir a decidir la extracción de la pieza retenida. Una correcta técnica quirúrgica preservará la integridad de las estructuras de las piezas vecinas y demás elementos anatómicos.

#### **II. LIBERACION SIN TRACCION ORTODONCICA**

Está indicada cuando la pieza retenida tiene una senda de erupción correcta y espacio suficiente, pero un obstáculo interfiere en su erupción. La eliminación del mismo y la preparación de un adecuado canal que facilite la erupción pueden ser recursos suficientes.

#### **III. ORDODONCIA QUIRURGICA**

En una etapa temprana, cuando es perceptible una alteración en la dirección de erupción del germen, podemos recurrir a esta técnica que consiste en el redireccionamiento del germen. Se realizará con o sin descubrimiento de la pieza según la cercanía de su irrupción en la cavidad bucal.

#### **IV. TRANSPLANTE**

Un germen impactado puede ser transplantado con el objeto de reemplazar alguna pieza dentaria deteriorada o ausente. La técnica consiste en extraer el germen y ubicarlo en posición correcta de erupción en el lugar que hubiera debido ocupar o en el de otra pieza ausente o con indicación de extracción. Es importante considerar el estado de desarrollo del germen, siendo condición óptima cuando se ha formado al menos el tercio cervical de la raíz y calcificado el piso de la cámara pulpar.

#### **V. TRATAMIENTO ORTODONCICO QUIRURGICO**

Detectada la pieza y decidida su recuperación, consideramos que el diagnóstico, tratamiento y seguimiento deben ser compartidos por cirujano y ortodontista.

**Oportunidad de la instalación de la aparatología ortodóncica:** Debe ser previa al acto quirúrgico, lo que permitirá comenzar con la tracción en el postoperatorio inmediato.

**Oportunidad de la tracción:** La tracción debe comenzar tan pronto como sea posible, para evitar que la formación de tejido osteoide (precursor biológico del hueso que no responde a la presión con reabsorción) retarde la movilización. Esta maniobra temprana colabora en el mantenimiento de la brecha quirúrgica.

**Magnitud de la fuerza:** Lo más liviana pero efectiva posible (90 a 120 g).

**Tipo de Fuerza:** En lo posible usamos fuerzas continuas. La utilización de las gomas permite, en determinadas circunstancias, su recambio por parte del paciente. Cuando impedimentos técnicos dificultan la instalación de gomas, recurrimos a resortes de espiras cerradas, alambre de ligadura o a la combinación de estos elementos.

Una vez que la pieza está próxima a su ubicación definitiva en el arco dentario, utilizamos arcos seccionales o arcos continuos con secciones independizadas por medio de "loops" verticales.

En general una pieza retenida está en relación de compromiso con sus vecinas, por lo tanto no siempre podemos iniciar la tracción con una fuerza vertical. En estos casos buscamos la corrección de la senda de erupción por otra más conveniente. El objetivo es no lesionar las piezas contiguas.

**Anclaje:** El criterio en cuanto a principios (aspectos mecánicos) y requeri-

mientos (aspectos biológicos) de anclaje, responden a los mismos conceptos generales conocidos por la ortodoncia.

Utilizamos anclaje intraoral, intra o intermaxilar. Generalmente es compuesto, dado que ferulizamos piezas dentarias dentro de la misma arcada o en la opuesta para sumar cantidad de resistencia periodontal evitando aspectos recíprocos indeseables.

El elemento reactivo del sistema de fuerzas debe poseer máxima rigidez mientras que el activo será lo más elástico posible.

El tratamiento puede referirse a la resolución de un problema individual (pieza retenida) o estar asociado a la corrección de otras anomalías coexistentes, de allí que la valoración del anclaje debe ajustarse al caso tratable.

*Etapas del tratamiento y aparatología:* Existiendo anomalías asociadas es deseable, su tratamiento simultáneo.

En referencia al tratamiento de la pieza retenida podemos particularizar dos etapas:

1°. - A partir del postoperatorio inmediato nuestro objetivo será acercar la pieza a la arcada dentaria en las mejores condiciones espaciales posibles. Diseñaremos en el arco distintas alternativas de posición de agarre de gomas, que permitan ir modificando el sentido de las fuerzas, orientando la trayectoria de erupción.

Instalamos espiras comprimidas entre las piezas vecinas a la brecha para mantener el espacio disponible o recuperarlo simultáneamente con la tracción.

En cuanto al aditamento por instalar en la pieza impactada, la experiencia proporcionó varias posibilidades técnicas. Sus ventajas y desventajas las podemos evaluar en el cuadro N° 2.

Vistas las ventajas comparativas de la adhesión directa de aditamientos res-

pecto de otras alternativas, hacemos de esta técnica la de preferencia.

2°. - Movimientos de precisión para su correcta ubicación en la arcada.

*Contención:* Se basa en los mismos principios de todo tratamiento ortodóncico en cuanto al tiempo y al diseño de la aparatología. Hemos notado la tendencia a la palatinización de los caninos con inclusión palatino. A los efectos de neutralizarla recomendamos aumentar el período de contención y la sindesmotomía por palatino.

*Evaluación periodontal y pulpar:* El ligamento periodontal de una pieza retenida es delgado por ser de tipo "no funcional".

El estado post-tratamiento del mismo estará en relación con los recaudos tomados durante las maniobras operatorias quirúrgico-ortodóncicas.

Un hallazgo frecuente es el aumento de corona clínica de la pieza recuperada.

En general no hemos encontrado pérdida de la vitalidad pulpar.

*Seguimiento:* El control clínico-radiográfico se impone como rutina. En la liberación de piezas retenidas, el seguimiento se prolonga hasta que la pieza haya erupcionado y ocupado su lugar en la arcada. En ortodoncia quirúrgica el seguimiento varía según las circunstancias. Si el diente fue ubicado en el arco dentario, se lo controla hasta su consolidación. Si se lo corrigió para erupcionar, se controla hasta que erupcione. En todos los casos de piezas con foramen abierto, hasta que se compruebe su calcificación. En el trasplante de gérmenes, el seguimiento debe mantenerse hasta la formación total de las raíces y estudio de la armonía oclusal.

En todos los casos el seguimiento es un acto compartido y solidario entre ortodoncistas y cirujanos.

## RESUMEN

En este trabajo, que continúa al publicado en el número anterior, se trata de la terapéutica de las alteraciones de la erupción, cuya manifestación más severa es la retención de la pieza dentaria, ya sea por impacción o no erupción.

Se analizaron los factores etiopatogénicos, la valoración de los elementos de diagnóstico, la conducta terapéutica y

los elementos para tener en cuenta en la toma de decisión.

Se enumeran las posibilidades quirúrgicas y quirúrgico-ortodóncicas, las condiciones de la tracción y se comparan los distintos tipos de anclaje.

Se pone especial énfasis en la necesidad de una tarea interdisciplinaria compartida desde el diagnóstico hasta el seguimiento.

## SUMMARY

This is a continuation of the paper published, under the same title, in the previous issue. It deals with the treatment of abnormalities in eruption, the most severe case of which is the impacted tooth.

The etiopathogenic factors, the patient's dental history, the presentation of the case and the mode of therapy have all been taken into account for decision purposes.

Different techniques for and orthodontic surgery have been mentioned and a comparison of alternative forms of traction and anchors used was made.

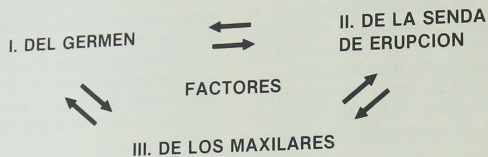
Special emphasis has been placed on the need for integrated team work from initial diagnosis right through to postoperative control.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ A. F. y TORRES M. D. Pautas clínico-radiográficas en la movilización quirúrgica de caninos superiores retenidos. Rev. Circ. Od. Rosario 42 (4):3-13.
2. ALVAREZ A. F., CHUDNOVSKY A. y TORRES M. D. Cirugía en alteraciones de la erupción dentaria; colaboración quirúrgico-ortodóncica. Rev. Ateneo Arg. Odont. 14: 16-30; Ene-Jun. 1978.
3. BISHARA S. E. et al. Management of impacted canines. Am. J. Orth. 1976:371.
4. BISHARA S. E. Treatment of the unerupted incisors. Am. J. Orth. 1971:443.
5. BJORK A., JENSEN E., PALLING M. Mandibular growth and third molar impaction. Acta Odont. Scand. 1953:231.
6. CAHILL D., MARKS S. C. Tooth eruption: evidences for the central role of the dental follicle. J. Oral Path. sept. 1980:199.
7. FINGEROTH M. M., TRIEGER N., MONTAHENI M. Exposure of impacted teeth and orthodontic movement via transosseous forces. Oral Surg. dic. 1970:10.
8. FOURNIER A., TURCOTTE Y. Y., CERNARD Ch. Orthodontic considerations in the treatment of maxillary impacted canines. Am. J. Orth. March 1982:236.
9. GRECO G. N. A propos de l'etiologie de l'inclusion des canines supérieures. Rev. Orth Dent. Fac. 1979:331.
10. HARVOLD E. P. The activator in interceptive orthodontic. Ed. Mosby, 1974.
11. HOLLAND D. J. A technique of surgical orthodontics. Am. J. Orth. 411:27; Jan 1955.
12. HOLLAND D. J. Surgical positioning of unerupted impacted teeth (surgical orthodontics). Oral Surg., Oral Med. Oral Path. 9:130; Feb. 1956.
13. HOTZ R. R. Guidance of eruption versus serial extractions. Am. J. Orth. 1970.
14. LEWIS P. D. Pre-orthodontic surgery in the treatment of impacted canines. Am. J. Orth. 1971:382.
15. LINDEN F. van der. De la denture temporaire a la denture permanente. Rev. Orthop. Dent. Fac. 1980:14.
16. Mc BRIDE, Traction-A surgical-Orthodontic procedure. Am. J. Orth. sept. 1979:287.
17. MOORRES C. F. A., KENT R. L. Interrelations in the timing of root formation and tooth emergence. Proc. Finn. Den. Soc. 1981:113.
18. MOYERS R. E. Manual de Ortodoncia. Ed. Mundi, p. 209; 1976.
19. SEREBNICKY S. J.; SCHEIN B. Dientes no erupcionados. Observación histológica pulpar. Tesis.
20. VEGO L. A longitudinal study of mandibular arch perimeter. Angle Orth. 1962:187.
21. WILLIAMS B. Diagnosis and Prevention of maxilla cuspid impaction. Angle Orth. Jan. 1981:30.

CUADRO N° 1

FACTORES ETIOLÓGICOS DE LA IMPACTACION



CUADRO N° 2

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE ANCLAJE

REFERENCIA	REQUISITO	ADHESION DIRECTA	BANDA	PIN	LAZO
ACTO QUIRURGICO	MENOR RESECCION DE TEJIDOS	+++	-	+ -	-
	MENOR DURACION	++	-	+ -	+ -
ANCLAJE	CONSTRUCCION Y ADAPTACION	+++	-	++	+ -
	FACILIDAD DE UBICACION	+++	-	+ -	+ -
	MEJOR FIJACION	++	-	+++	+
	ASLACION PARA UBICARLO	++	-	+++	+ -
TRACCION	CONTROL DE LA DIRECCION	+++	+++	+++	+ -
ACCION SOBRE EL MISMO DIENTE	SALUD PULPAR	+++	+ -	-	+ -
	SALUD PERIODONTAL	+++	-	+++	-
ACCION SOBRE TEJIDOS Y DIENTES VECINOS	INOCUIDAD DEL MATERIAL ADHESIVO	+++	-	+++	+++
	SALUD PERIODONTAL	+++	-	+++	-

Dirección de los autores:  
M. T. de Anchorena 1176  
(1425) Buenos Aires

# Tracción Extraoral Ortodóncica \*

ELIAS BESZKIN Y GREGORIO GRINSPON

Habiendo ya explicado el mecanismo por el cual la TEO efectúa movimientos ortopédicos, se plantea la **posibilidad de realizar movimientos ortodóncicos** con la misma aparatología, pero tenemos que averiguar qué efectos puros tendría sobre el molar, qué posibilidad de intruir, extruir, volcar o distalar y de qué manera se pueden controlar tales movimientos.

Para facilitar la comprensión del efecto ortodóncico de la TEO, es menester explicar algunos conceptos elementales de física, como ser: fuerza, punto de aplicación, de la misma, resistencia y centro de rotación.

**Fuerza:** es aquella que cambia la posición de reposo de un cuerpo o su movimiento uniforme en una línea recta. (Fig. 1).

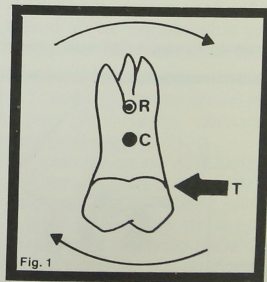


Fig. 1

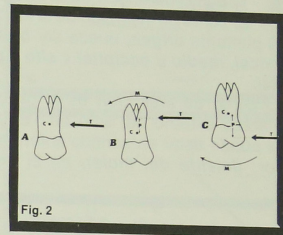


Fig. 2

**Centro de resistencia:** es aquel punto que se opone a la acción de la fuerza. En el primer molar superior, es la pieza que más se trata de ubicarla con precisión, y se cree que está ubicado en el nivel de la unión del tercio medio y cervical de la raíz, que es el lugar donde se trifurcan las raíces.

**Centro de rotación:** es el punto alrededor del cual un cuerpo rotará o se inclinará; éste es un punto variable, dependiendo de la aplicación externa de la fuerza.

Cuando la dirección de la fuerza pasa por el centro de resistencia, el cuerpo se traslada en bloque.

Cuando la dirección de la fuerza no pasa por el centro de resistencia (Fig. 2) se produce el volcamiento de la pieza dentaria, que rotaría alrededor de un centro de rotación, que varía de acuerdo con el punto de aplicación de la fuerza.

\* El presente trabajo y el publicado en el número 4, de octubre-diciembre de 1982, fue presentado en el Congreso Internacional de Ortodoncia, de la Sociedad Argentina de Ortodoncia, de 1983.



Cuando aplicamos una TEO sobre el molar, en realidad son varias fuerzas las que empleamos y de distinta dirección, y cuya resultante es la que actúa sobre el molar, y se llama **Línea de acción**, representada en física por una flecha.

La inclinación de la línea de acción puede variar, dependiendo de:

- 1) punto de origen de la fuerza.
- 2) punto de inserción de la fuerza.

El punto de **origen**, puede ser **bajo o cervical, medio u occipital** y **alto o parietal**.

El punto de **inserción** es el gancho del brazo externo del arco de TEO, el cual puede estar en sentido anteroposterior, **delante del molar**, en el **nivel**

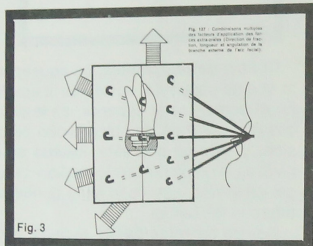


Fig. 3

**molar o detrás del molar.** (Fig. 3). Esta diferente ubicación del punto de inserción en sentido horizontal se logra acortando o alargando el brazo externo del arco de TEO.

En sentido vertical, cualesquiera de estos tres puntos nombrados anteriormente pueden estar por **arriba del centro de resistencia** del molar, a la **altura del mismo o debajo de él**, esto se logra variando la angulación entre el brazo externo e interno del arco de TEO.

Todo lo dicho hasta ahora, constituye la terminología que emplearemos en lo sucesivo y los principios físicos en que se basan las fuerzas de TEO ortodóncica.

De aquí en más, trataremos de explicar el efecto clínico de los distintos diseños de TEO.

**Efecto extrusor: la TEO cervical**, que es la más usada como el punto de origen, está por debajo del centro de resistencia (Fig. 4); tiene un fuerte compo-

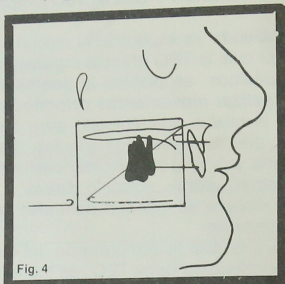


Fig. 4

nente extrusor, pero depende de que la línea de acción de la fuerza pase por el centro de resistencia o no, para que esta extrusión sea corporal o por volcamiento.

1) Si la línea de acción de la fuerza pasa por el centro de resistencia del molar, produce una extrusión corporal.

2) Si la línea de acción de la fuerza pasa por arriba del centro de resistencia, se provocará una extrusión acompaña-

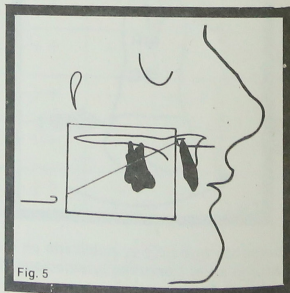


Fig. 5

da con un volcamiento de la corona hacia mesial y las raíces hacia distal. (Fig. 5).

3) Si la línea de acción de la fuerza pasa por debajo del centro de resistencia, se provocará una extrusión, con volcamiento de la corona hacia distal y las raíces hacia mesial, o sea movimiento por volcamiento. (Fig. 6).

**Efecto Intrusor: En la TEO alta o parietal**, como el punto de origen está ubicado por encima del centro de resistencia del molar, tiene una capacidad intrusora, pero depende de que la línea de acción de la fuerza pase por el centro de resistencia o no para que esta fuerza intrusora sea en paralelo o por volcamiento.

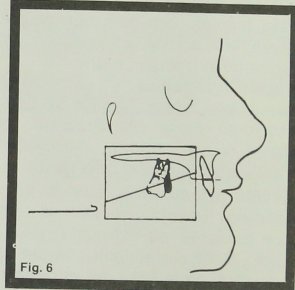


Fig. 6

1) Si la línea de acción de la fuerza pasa por el centro de resistencia del molar, se produce una intrusión corporal del molar en paralelo. (Fig. 7).

2) Si la línea de acción de la fuerza pasa por arriba del centro de resistencia, se provocará una intrusión, acompañada por un volcamiento de la corona hacia mesial y de las raíces hacia distal, es decir que obtendremos un movimiento por volcamiento. (Fig. 8).

3) Si la dirección de la línea de acción de la fuerza pasa por debajo del centro de resistencia se provocará una intru-

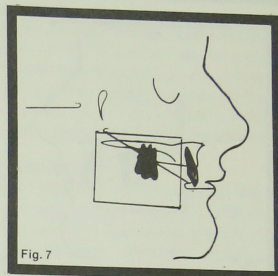


Fig. 7

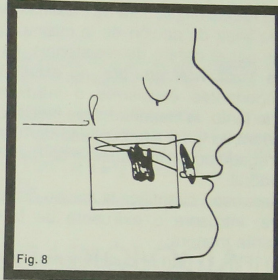


Fig. 8

sión con volcamiento de la corona hacia distal y las raíces hacia mesial, es decir movimiento por volcamiento (Fig. 9).

**Efecto distalador: En la TEO media u occipital**, el punto de origen de la fuerza está aplicado aproximadamente en el nivel de la línea de acción de la fuerza, que pasa por el centro de resistencia, por lo que se obtendría, teóricamente, una acción distaladora pura; pero si la línea de acción pasa ligeramente por debajo o encima del centro de resistencia, tendríamos una ligera acción intrusora o extrusora, acompañada por volcamiento, como lo explicamos en los casos anteriores. (Fig. 10).

**Cuantificación de la fuerza distaladora extrusora o intrusora de la fuerza extraoral.**

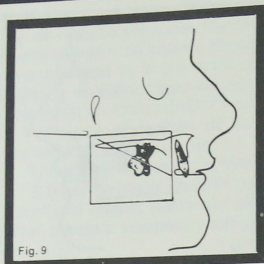


Fig. 9

La fuerza distaladora es máxima cuando la línea de acción de resistencia, es lo más horizontal posible, no existiendo componentes extrusivos o intrusivos; por lo tanto, la magnitud de la fuerza distaladora es igual a la cantidad de fuerza entregada por el mecanismo de tracción extraoral.

Jacobson cuantifica la acción distaladora, intrusora o extrusora de la siguiente manera:

1) (Fig. 11) En el cual tenemos una línea de acción que pasa ligeramente por arriba del centro de resistencia, la fuerza distaladora es mucho mayor que el componente intrusivo. (A).

2) La línea de acción es más empujada, pero pasa por el centro de resistencia del molar que tiene una acción distaladora menor que en el caso anterior, pero una acción intrusora mayor. (B).

3) La línea de acción es aún más empujada, por lo tanto la fuerza distaladora disminuye y aumenta la fuerza intrusora. (C).

**Resumiendo:** en los tres ejemplos enunciados recientemente, hablamos de una TEO alta o parietal, todas de acción intrusora, pero la medida de la misma está dada por el mayor o menor empujamiento de la línea de acción de la fuerza; este mismo razona-

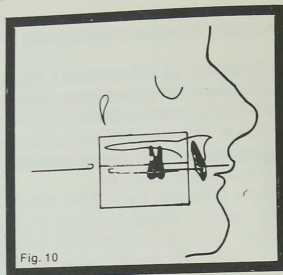


Fig. 10

miento podemos aplicarlo para cuantificar la acción extrusora de la TEO cervical.

### CONCLUSIONES

Para terminar haremos una pequeña síntesis de la acción ortopédica y ortodóncica de la tracción extraoral.

**Acción ortopédica**, su elección alta, media o baja, está en función del tipo de crecimiento facial del individuo, braquifacial o convergente, mesofacial o paralelo, dolicofacial o divergente.

**Acción ortodóncica**, cuando se usa la tracción extraoral-cervical la acción sobre el diente es extrusora, pero en paralelo o por volcamiento, según pase la dirección de la línea por el centro de resistencia o no.

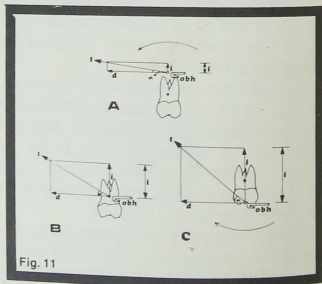


Fig. 11

Quando se emplea una tracción extraoral alta, provocará una intrusión que puede ser por movimiento corporal o por volcamiento, según pase la dirección de la línea de acción de la fuerza por el centro de resistencia o no.

Por último, la ubicación del punto de inserción, o sea el gancho del brazo externo del arco de tracción extraoral, puede ser largo o corto, alto o bajo con respecto al molar, para facilitar que la dirección de la línea de acción de la fuerza pase o no por el centro de resistencia del molar, según queramos movimientos corporales o por volcamientos.

### BIBLIOGRAFIA

1. BROWN P. High pullmolar headgear and face-bow neck strap. Am. J. Orthod., dec. 1978.
2. LANGLADE M. Therapeutique orthodontique. Maloine S.A. Ed.
3. BRENCH, GUGINO and GELGERS. Bioprogressive therapy.
4. JACOBSON A. A key to the understanding of extraoral forces. Am. J. Orthod, apr., 1979.
5. BESZKIN E. y GRINSPON, G. Fuerzas extraorales que retraen el maxilar superior. Rev. Ateneo Arg. Odont., oct.-dic., 1982.
6. RICKETS R. Early treatment. J. C. O., jan, 1979.

## CONSULTORIOS DE RADIOLOGIA DENTO-MAXILO-FACIAL RADIOGRAFIAS

INTRAORALES  
EXTRAORALES

TELERRADIOGRAFIAS CON ESTUDIO  
CEFALOMETRICOS  
RADIOGRAFIAS PANORAMICAS  
CONDIOLOGRAFIAS

Profesor Dr. J.A Vázquez y Dr. E.R. Cura

Horario: de 9,30 a 12,45 y de 15 a 19,30. Sábados, de 9,30 a 12,30.  
CORRIENTES 2362 - 2° C. T.E.: 47-4532 (1046) Bs. As.

# Educación para la Salud

Con el criterio indiscutible de que todo odontólogo es un agente de salud y un educador para lograrla y mantenerla, iniciamos la publicación de esta nueva sección aportando material para contribuir a una mayor comunicación sobre el tema entre el profesional y los pacientes.

Agradecemos a la Dirección de Educación para la Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación la cesión del material.

## LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

### CONCEPTO

La *adolescencia* es la etapa de la vida que se extiende entre la niñez y la adultez. El término proviene del latín *ad-olescere*, con la acepción de "crecer" y hace referencia al crecimiento, desarrollo y maduración que se dan en este período en lo físico, psíquico y social. Efectivamente, en esta edad se producen en esas esferas, profundos cambios que llevan a la madurez propia de la edad adulta.

Según diferentes autores abarca desde alrededor de los 9 a 12 años hasta los 18 ó 22, pero es difícil fijar su duración en años, porque es muy variable en las diversas personas debido a complejos factores individuales y ambientales. Generalmente se utiliza una pauta biológica para su iniciación, fácil de establecer, y una psicosocial para su finalización, mucho más difícil de precisar. Así, se considera que comienza con los primeros cambios físicos (mamarios en la mujer y genitales externos en el varón) y que termina con la adquisición de los plenos derechos civiles, lo cual puede o no implicar una total maduración psicococial.

Las modificaciones que se producen constituyen una intrincada e interdependiente red de fenómenos físicos, psíquicos y sociales tan importantes unos como otros. No obstante, hay una tendencia al "biologismo", "psicologismo" o "sociologismo", según sea estudiada la adolescencia por médicos, psicólogos o sociólogos, respectivamente.

Las transformaciones presentan enorme variabilidad y grandes oscilaciones; por lo tanto no es fácil delimitar en qué consiste la "normalidad" y el estado de salud. Para ello se todos sus aspectos (físicos, psíquicos y sociales) y por otra, suficiente experiencia en el trato y atención de adolescentes.

En las sociedades modernas, entre ellas la nuestra, se ha prolongado el período de la adolescencia, porque la madurez biológica se ha anticipado y la psicosocial, en cambio, se ha retrasado debido a la gran complejidad, sobre todo técnica y socioeconómica.

Si bien la adolescencia no es un problema ni una enfermedad, puede presentar dificultades si no se conoce suficientemente la naturaleza de los cambios que se producen y si no se comprenden bien sus manifestaciones. Por diversas investigaciones llevadas a cabo en nuestro país, se sabe que tanto los adolescentes como los adultos vinculados a ellos, suelen desconocer este proceso en su real esencia.

En la Argentina, como en los demás países modernos, hay mayor población adolescente que en las sociedades primitivas: más de 7 millones. En el mundo hay cerca de 600 millones de adolescentes; por lo tanto, el estudio y la atención de este grupo etario cobra gran importancia.

## MODIFICACIONES MAS IMPORTANTES QUE SE PRODUCEN EN LA ADOLESCENCIA

### A. CAMBIOS FISICOS O BIOLÓGICOS

Los cambios físicos o biológicos constituyen la pubertad o sea el aspecto físico de la adolescencia. Es decir, adolescencia y pubertad no son sinónimos ya que la adolescencia abarca, además de los cambios físicos, los psíquicos y los sociales.

La pubertad tiene por objeto la adquisición de la capacidad de reproducción; los niños y las niñas se convierten en hombres y mujeres con posibilidad de engendrar o concebir, respectivamente.

Las modificaciones que tienen lugar en el organismo para que se cumpla esa transformación, son muy marcadas; se ha dicho que no existe ningún período de la vida, salvo el nacimiento, en el que se produzcan cambios tan profundos y a un ritmo tan intenso. Estos cambios están determinados fundamentalmente, por las glándulas de secreción interna o endocrinas, llamadas comúnmente "glándulas". Comprenden los ovarios, testículos, tiroides, hipófisis y suprarrenales, principalmente. Producen sustancias químicas en pequeña cantidad, pero de intensa actividad, llamadas hormonas, que pasan directamente a la sangre y llegan por medio de ésta a todas las partes del organismo, diferenciándose de las glándulas de secreción externa o exocrinas (salivares, gástricas, sudoríparas, etc.) que vierten su secreción, por medio de conductos, a cavidades o al exterior.

Las transformaciones biológicas se producen en todo el cuerpo en ambos sexos, afectando a los distintos aparatos y sistemas —digestivo, respiratorio, cardiovascular, muscular, esquelético, endocrino, piel, órganos de los sentidos—, pero las modificaciones fundamentales tienen lugar en las glándulas sexuales.

1. En la *piel* se llevan a cabo transformaciones en las glándulas *sebáceas* y *sudoríparas*. Las primeras adquieren una mayor actividad secretoria, lo cual posibilita la aparición del acné; las segundas desarrollan características especiales que determinan que la transpiración tenga un olor típico (sudor); en cambio, en la niñez es inodora.

Otro anexo de la piel que sufre grandes modificaciones es el vello, que además de cambiar en su estructura, aparece en localizaciones donde no existía previamente: zona axilar y zona pubiana; en esta última con una distribución distinta para cada sexo.

2. En los sistemas *osteo-articular* y *muscular* ocurren profundas transformaciones con aumento de su masa y su peso y también de la talla, con características distintas según el sexo. Hay un intenso ritmo de crecimiento del tórax (más marcado en el varón) y la pelvis (más marcado en la mujer), que va a determinar finalmente la típica conformación general del cuerpo masculino o femenino. En ambos sexos hay un desarrollo proporcionalmente mayor de las extremidades con respecto al tronco, dando el aspecto "desgarbado" propio del adolescente.

3. Los aparatos *respiratorio* y *cardiovascular* también se modifican, adquiriendo ambos mayor capacidad, más acentuada en el varón.

4. En el *sistema endocrino* es donde se determinan los cambios más marcados, con aumento de la actividad de las glándulas tiroides, suprarrenales e hipófisis. Esta última incrementa la producción de hormonas preexistentes como la del crecimiento y las que van a controlar las otras glándulas (tiroides, suprarrenales, etc.); además, produce hormonas nuevas inexistentes en la niñez, por ejemplo las gonadotrofinas que van a actuar sobre las gonadas o glándulas sexuales: ovarios y testículos. La acción de las gonadotrofinas es doble en sus efectos: trófica y generativa.

## Distribuidores de Productos **DENTAURUM**

NOVEDADES EN

### ORTODONCIA:



**ORTHALGENAT:** alginato a base de trietanol de amina, sabor a menta, exactitud de impresión.

**O-TRAY:** cubetas de plástico especialmente diseñadas para ortodoncia.

**ORTHOCENT PLUS:** cemento a base de fosfato óxido de zinc, con 10% de estaño flúor, especialmente fabricado para ortodoncia y todo tipo de fijaciones.



### ORTOPEDIA:

**ORTHOCRIO:** resina autopolimerizable para la construcción de las placas de ortopedias.

**ORTHOCRIL LIQUIDO:** seis monómeros colorantes: claro, rosa, claro, rojo, verde, azul, amarillo.

### LABORATORIO:

piedras, discos, cepillos, cromo níquel, soldadura de plata.

**RADIPUR:** yeso-piedra blanco de fraguado rápido, extra duro para modelos ortodóncicos.



**RAPISTONE:** yeso-piedra rosa de fraguado rápido, súper extra duro para modelos ortodóncicos, terminación lisa y suave desde todo punto de vista.

**PLATORIT:** revestimiento de precisión para aleaciones de alta fusión de oro para cerámica y de aleaciones de metales preciosos.

**REMA EXAKT:** revestimiento para colados de esqueletos de cromo cobalto de precisión.

**DISTRIBUCION EXCLUSIVA Y ESMERADA  
EN CONSULTORIO**

Maria del Carmen S. de Rizzolo  
Marcelo A. Rizzolo

Los Patos 1130 (1642) San Isidro Bs. As.  
TE: 766-1459 de 9 hs. a 13 hs.


# **CARY** **STOP**



CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES  
DE F.D.I.

## GEL PARA TOPICACIONES DE FLUOR

- **CON TROFISMO TISULAR**
- **MAYOR PENETRACION Y DISPERSION**
- **SABOR AGRADABLE (Gusto a Naranja y Futila)**
- **NO ES NECESARIO AGITAR**
- **PERMITE TRABAJAR CON O SIN CUBETA**

ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS  **COLLINS**

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO

## **ALENIK S.A.**

ECUADOR 822/824 - TEL. 86-3838/87-9405  
(1214) BS. AIRES

a) En el varón por acción de las gonadotropinas, los testículos producen la hormona masculina que actuando sobre la laringe, determina el cambio de la voz y sobre la piel, la aparición del vello facial (barba y bigote) y corporal (tórax, pubis, etc). Además, su acción es muy intensa sobre los órganos genitales, produciendo modificaciones sustanciales, tanto en su volumen como en su estructura y funcionamiento. Las gonadotropinas determinan al mismo tiempo sobre los espermatozoides, o cionamiento. Las gonadotropinas dan lugar a la producción de los espermatozoides, o cionamiento. Las gonadotropinas dan lugar a la producción de los espermatozoides, o cionamiento. Las células masculinas que al unirse a la femenina (óvulo), son capaces de engendrar un nuevo ser.

b) En la mujer, las gonadotropinas al actuar sobre los ovarios estimulan la producción de las hormonas sexuales femeninas que dan lugar a las modificaciones más marcadas de la pubertad: desarrollo mamario y de los genitales internos (trompas, útero, vagina) y externos (clitoris, labios mayores y menores).

La elaboración de hormonas, a diferencia del varón, se realiza en forma cíclica, iniciándose en la pubertad un ritmo mensual dependiente de una íntima y compleja interrelación entre las gonadotropinas hipofisarias y las hormonas ováricas. Como consecuencia, se produce la primera menstruación (menarca) y torricas. Como consecuencia, se produce la primera menstruación (menarca) y torricas. Como consecuencia, se produce la primera menstruación (menarca) y torricas. Como consecuencia, se produce la primera menstruación (menarca) y torricas.

En la mujer, las gonadotropinas tienen también en la mujer una acción generativa sobre la gónada respectiva. Producen la maduración del óvulo (célula germinativa femenina) y su salida fuera del ovario (ovulación). Se crea así la posibilidad de engendrar un nuevo ser al unirse el óvulo a un espermatozoide, la posibilidad de engendrar un nuevo ser al unirse el óvulo a un espermatozoide, la posibilidad de engendrar un nuevo ser al unirse el óvulo a un espermatozoide.

Las múltiples transformaciones puberales se caracterizan por una gran variabilidad. No se inician a edades fijas y determinadas ni se completan durante periodos de duración preestablecida como tampoco con igual ritmo en los distintos individuos, ni aún en los del mismo sexo, a diferencia de lo que sucede en la niñez; se origina así un marcado asincronismo que es típico de la pubertad. Por ejemplo, la aparición de los primeros cambios marmarios puede efectuarse, aun en dos hermanas gemelas, a muy diversas edades, y cumplirse su maduración en lapsos distintos: en una, meses; en otra, años. Además, en cada una de ellas una mama puede desarrollarse con un ritmo diferente de la otra, presentando así tamaños desiguales (anisomastia) en forma transitoria o permanente.

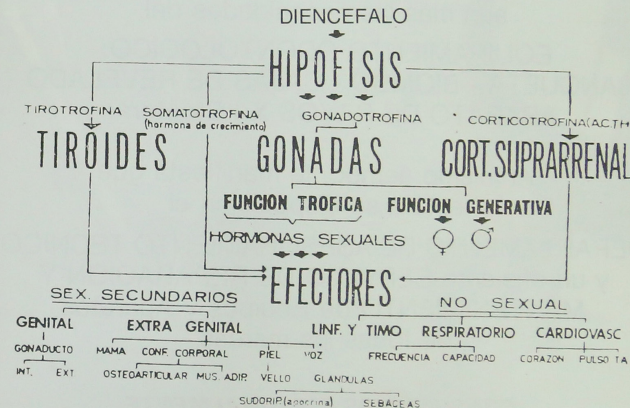
En la niñez, cambio, el proceso de crecimiento y desarrollo en sus diversas manifestaciones (dentición, locuela, deambulación) no presenta esta gran variabilidad, en relación a las edades de iniciación, duración o ritmo.

Si se comparan entre sí dos adolescentes del mismo sexo y edad, aunque no sea más que con respecto a una sola característica (vello pubiano, mamas, genitales externos, voz), se comprobarán significativas diferencias. Esto podrá ser causa de preocupación, debido a erróneas interpretaciones por falta de información adecuada sobre el proceso normal de la pubertad. Generalmente, cada individuo piensa que la "anormalidad" reside en sí mismo, existiendo en el adolescente el temor a ser "diferente", a poseer una deformación corporal, una anomalía (dismorfofobia). Los cambios anatómicos de los distintos órganos van acompañados de transformaciones concomitantes en las funciones de los mismos, con grandes repercusiones psíquicas y sociales. El adolescente debe buscar un nuevo equilibrio, debe realizar lo que se ha llamado "el aprendizaje fisiológico", es decir, aprender a usar esos nuevos órganos, ese nuevo cuerpo. No sólo deberá adaptarse a las nuevas condiciones anatómico-funcionales, sino también a sus nuevas funciones sociales que las de la niñez. En ésta se efectúan también diversos aprendizajes: locuela, deambulatorios niños mayores que lo rodean. El adolescente, en cambio, es muy rara vez apoyado en su difícil aprendizaje, pues en la inmensa mayoría de los casos los mismos adultos co-

nexos ignoran que deban efectuarlo. Bien se ha dicho que es simultáneamente actor y espectador del drama que se está desarrollando.

El proceso se complica, además, porque de hecho existe una escisión entre lo biológico y lo psicosocial, ya que lo primero madura antes que lo segundo, no existiendo paralelismo entre ambos. Esto es especialmente acentuado en el área sexual. El adolescente está maduro y apto para la reproducción, es capaz de engendrar o concebir un nuevo ser, pero no está capacitado psicosocialmente para ejercer esa función. En el ser humano, sexualidad no es simplemente genitalidad. El impulso instintivo es sólo un componente que debe formar parte de manera indivisible de un todo más amplio que es el amor integral, que comprende, también, aspectos psicosociales y morales. En el niño, la evolución psicosexual es menos conflictiva que en el adolescente. Ambos pasan por las etapas oral, anal, fálica y genital, y en esta última uno y otro obtienen placer sexual en el nivel de sus genitales igual que en la etapa fálica. La gran diferencia estriba en que en el niño este placer está centrado en sí mismo (narcisista) y en el adolescente se vincula a otra persona; además, puede llevar a cabo la relación sexual completa (coito) y dar origen a un nuevo ser mientras que en el niño queda limitado a la fantasía.

## CAMBIOS FISICOS O BIOLÓGICOS (Pubertad)



En la pubertad, por estímulos que parten del diencefalo (del sistema nervioso central) la hipófisis modifica la producción de las hormonas que van a las otras glándulas endocrinas correspondientes (tirotrofina a la tiroides, corticotrofina a la suprarrenal, etc.). Estas, debido a ese estímulo, modifican su secreción hormonal por la cual actúan sobre los diversos efectores, tanto sexuales como no sexuales. Las hormonas hipofisarias que van a los ovarios y testículos, o sea a las gónadas (gonadotropinas), tienen además de la función trófica, una función generativa, determinando la maduración de los espermatozoides y los óvulos.



Importadora y Exportadora

**SEÑOR ODONTOLOGO:**

**ANDRAK S.R.L.**

pone en su conocimiento  
la ampliación de su línea  
de productos que ahora cubre  
aún más las necesidades del

**EQUIPAMIENTO ODONTOLOGICO:  
BANQUETA - BIOMBO - CAJAS DE REVELADO -  
APARATO DE RAYOS X - Etcétera.**

Al mismo tiempo, le manifiesta que  
está a su disposición el

**DEPARTAMENTO DE ASESORAMIENTO TECNICO  
y un eficiente SERVICIO DE REPARACION Y  
MANTENIMIENTO de Equipos y Aparatos  
de todas las marcas**

**CONSULTENOS PERSONALMENTE  
O POR TELEFONO AL 207-3376  
COMODORO RIVADAVIA 4047/51  
(C.P. 1874) VILLA DOMINICO  
(A TRES CUADRAS DE AVDA. MITRE AL 4000)**

Fabrica, distribuye y garantiza:



**A**



**PROMEDICA INGENIERIA S.A.**

**le interesa el país!**



## B. CAMBIOS PSICOSOCIALES

Las transformaciones psíquicas y las sociales se encuentran tan íntimamente ligadas entre sí que es conveniente englobarlas. Por otra parte, debido a los profundos cambios en las relaciones del adolescente con los adultos vinculados a él y con sus pares, es indispensable tomarlo en relación con esos dos grupos y no aisladamente.

Para llegar a la madurez en lo psicosocial, el adolescente debe alcanzar ciertos logros: independencia interna de las figuras parentales, mantenimiento con ellas lazos afectivos; ajuste o adaptación a las normas sociales vigentes; desarrollo de criterios propios; capacidad de realizar una labor positiva en el medio en que actúa.

Este proceso es muy complejo y difícil de cumplir por el adolescente que se encuentra en plena transformación, en una sociedad como la nuestra, también en constante cambio. Cuanto más desarrollada está una sociedad, más problemas económicos, psíquicos, sociales, morales y religiosos pueden producirse en el proceso de adaptación a la misma. Las mayores o menores dificultades se presentarán de acuerdo con el medio familiar, escolar, laboral y social en que se desempeña el adolescente y sus propias características físicas y psíquicas.

Son habituales los conflictos con los símbolos de autoridad, y esta rebeldía se manifiesta especialmente contra los padres. Los sentimientos hacia ellos están cargados de ambivalencia. Por una parte, el adolescente desea independizarse; por otra, siente una profunda necesidad de protección y teme asumir responsabilidades. Esta ambivalencia profunda, pues los padres también luchan con sentimientos encontrados: desean el crecimiento del hijo, pero temen perder su ascendencia sobre él. Les exigen la asunción de responsabilidades, pero no les otorgan la libertad indispensable. Bien se ha dicho que "los jóvenes y adultos realizan monólogos paralelos y no diálogos; pero reclaman una convivencia armónica".

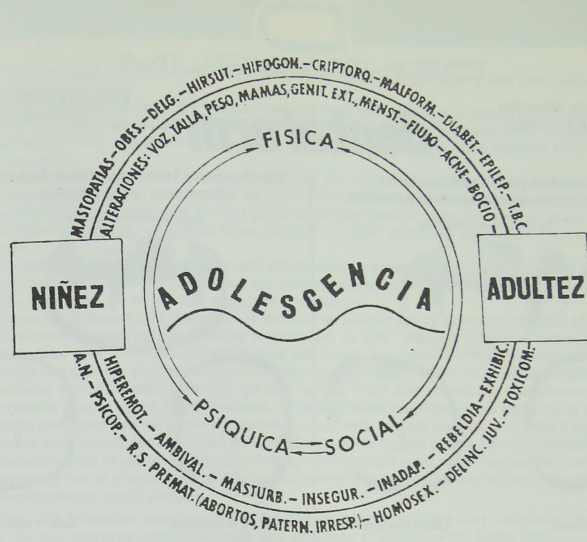
Además, se efectúa la desidealización de las figuras parentales tomando como modelos a otros adultos del mismo sexo o sexo opuesto. Se configura así el culto de los héroes, representados tanto por profesores, campeones deportivos y artistas, como por rebeldes de todo tipo, inclusive los "fuera de la ley".

El adolescente sufre el duelo por sus padres infantiles, que de onnisapientes, omnipotentes, buenos y perfectos, pasan a ser ignorantes, incapaces, llenos de imperfecciones. A medida que se separan de sus padres, los adolescentes desplazan su dependencia a personas y grupos extrafamiliares. Entre los que estudian, la escuela con sus alumnos y maestros constituye un grupo significativo. Para aquellos que trabajan, lo es el núcleo laboral, compañeros de trabajo, patrón, etcétera. El tipo de relación que así se establezca, tanto dentro como fuera del hogar, sobre todo el vínculo afectivo, es trascendente.

Al mismo tiempo, y por sobre todo, está empeñado en su búsqueda de identidad; ésta se encuentra profundamente enraizada en la imagen de su cuerpo, que tanto ha cambiado. Así sufre también un "duelo" por la pérdida de su cuerpo y de su rol infantil, debiendo desarrollar un nuevo esquema corporal y un nuevo rol que acompaña a éste, difícil de desempeñar en el complejo mundo de los adultos. Ese esquema está constituido por: a) experiencias sensoriales, consistentes en lo que él ve y siente de su cuerpo y lo que percibe de él a través de las reacciones de los demás, y b) por factores psicológicos internalizados, resultado de experiencias emocionales personales, vivencias, pasadas y actuales. Es en parte consciente e inconsciente; real y fantaseado.

La preocupación metafísica es frecuente y trae aparejadas las conocidas crisis religiosas del adolescente con oscilaciones entre ateísmo y misticismo, ambos generalmente intensos, pudiendo significar tentativas de solucionar su búsqueda de identidad.

El ajuste o adaptación a las normas sociales vigentes le resulta difícil, ya que las tablas de valores del mundo de los adultos son muy diferentes a las suyas. Trata de imponer las suyas, de reformar, de producir cambios. Intenta establecer un mundo honesto y justo. Lo que más rechaza es la hipocresía de esa sociedad que predica: "Haz lo que yo digo, pero no lo que yo hago". Sus impulsos se traducen en acciones que cobran generalmente el carácter de revolucionarias y rebeldes.



La adolescencia se simboliza, entre dos recuadros bien estructurados (la niñez y la adultez), como un círculo: lo que está dentro de él puede considerarse "normal"; lo que está fuera, patológico.

La formación de grupos de coetáneos como las "barras", por ejemplo, constituye una parte importante del proceso de socialización. Por medio del grupo puede realizar el aprendizaje de roles, ayudar a los miembros a desarrollar y expresar sus ideas; identificarse, analizar y resolver problemas mutuos; adoptar opiniones a través de acuerdos que cristalicen en normas y desarrollar actitudes adecuadas de conducción y liderazgo. A veces, la íntima amistad con otro adolescente del mismo sexo es erróneamente interpretada como una manifestación homosexual.

La búsqueda de un status definido constituye también una fuerte motivación. Esto es difícil en una sociedad donde el niño y el adulto tienen ya un status reconocido; pero no el adolescente que es un ser generalmente marginado, perteneciente a una "tierra de nadie". Los adelantos técnicos y científicos, por otra parte, hacen cada vez más compleja la capacitación de un individuo inmaduro como es el adolescente. En este aspecto también se pueden generar fácilmente tensiones y aun conflictos.

## SALUD Y AREAS DE EDUCACION PARA LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA

Un error frecuente es considerar a la adolescencia como un problema y no como lo que es: un proceso, complejo sí, pero normal. En general, se estudian y se investigan las patologías de esta etapa de la vida, sobre todo los problemas psiquiátricos y sociales, destacándose la esquizofrenia y la delincuencia juvenil y, en cambio, son escasos los estudios e investigaciones sobre la "normalidad" y la salud. Durante este período disminuye el índice de mortalidad, apareciendo en cambio algunas causas de morbilidad desconocidas

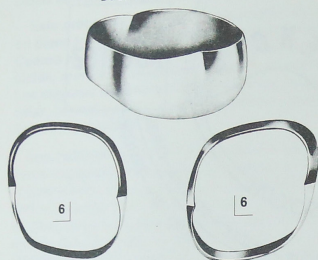
Horario de atención  
de 9 a 18 (corrido)

Paraguay 2070 - Cap. -  
Teléfono: 83-4185

## dentaform®

### Bandas para 1ros. molares superiores, derechas e izquierdas

De contorno anatómico



UR = derechas

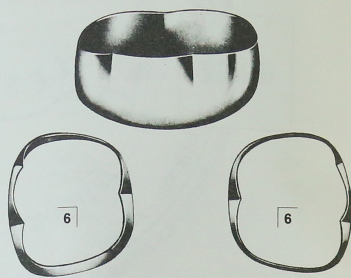
UL = izquierdas

#### Características:

- Surtido seleccionado por estadística  
32 tamaños para superiores derechos  
= numeración roja  
UR 1-32 con sello en lado mesial  
32 tamaños para superiores izquierdos  
= numeración roja  
UL 1-32 con sello en mesial
- Anchura creciente de la banda en  
proporción al tamaño del diente.  
Núm. 1-8 = altura bucal/lingual 4,30 mm  
Núm. 9-24 = altura bucal/lingual 4,65 mm  
Núm. 25-32 = altura bucal/lingual 5,00 mm
- Espesor creciente de la banda en  
proporción al tamaño del diente.  
Núm. 1-8 = 0,12 mm  
Núm. 9-24 = 0,15 mm  
Núm. 25-32 = 0,18 mm
- Resistencia, ajuste y adaptación ideal
- Excelente retención lingual /bucal
- No hay interferencia de oclusión.

### Bandas para 1ros. molares inferiores, derechas e izquierdas

De contorno anatómico



LR = derechas

LL = izquierdas

#### Características:

- Surtido seleccionado por estadística  
32 tamaños para inferiores derechos  
= numeración azul  
LR 1-32 selladas por lado mesial  
32 tamaños para inferiores izquierdos  
= numeración azul  
LL 1-32 con sello en mesial.
- Anchura creciente de la banda en  
proporción al tamaño del diente  
Núm. 1-8 = altura bucal/lingual 4,30 mm  
Núm. 9-24 = altura bucal/lingual 4,55 mm  
Núm. 25-32 = altura bucal/lingual 4,80 mm
- Espesor creciente de la banda en  
proporción al tamaño del diente  
Núm. 1-8 = 0,12 mm  
Núm. 9-24 = 0,15 mm  
Núm. 25-32 = 0,18 mm
- Resistencia, ajuste y adaptación ideal
- Excelente retención lingual/bucal
- No hay interferencia de oclusión.

Dentaform Informations-Service  
Postfach 440 · D-7530 Pforzheim · Tel. 072 31 / 8711



73  
989-573-4

en la niñez; casi todas pueden ser evitadas con medidas higiénicas y una adecuada educación para la salud.

Tanto el adolescente, actor y espectador de todo ese complejo proceso biopsicosocial, como la mayoría de los adultos que lo rodean, desconocen el proceso en sí y todas sus manifestaciones, adoptando actitudes y conductas equivocadas que pueden llevar a la enfermedad.

La educación sanitaria tiene precisamente por objeto el cambio de esas actitudes y conductas erróneas y la adopción de otras adecuadas y duraderas, conducentes al desarrollo de todo el potencial físico y psicosocial que lleva al goce de la salud plena. Para ello debe conocerse, en primer lugar, en qué consiste el estado de salud en este grupo etario.

Es esencial hacer conocer al propio adolescente y a los adultos conexos, sobre todo al grupo familiar y escolar, cuáles son las características propias y "normales" de este período de la vida, en todos sus aspectos y variables.

Entre los factores que favorecen la educación para la salud, la aceptación por el grupo de diversas normas de conducta es importante, ya que "algunas personas naturalmente resistentes a la adopción de conductas sanitarias las cumplen insensiblemente como normas del grupo y acaban incorporándolas como propias". Esto es particularmente trascendente entre los adolescentes, ya que hemos visto que presentan normalmente una tendencia grupal hacia sus coetáneos. El adolescente transfiere gran parte de la dependencia que tenía con respecto a la familia, sobre todo con los padres, a un líder a quien se somete o se constituye él mismo en líder. Esta circunstancia puede ser aprovechada en la educación para la salud, confiando en que, como hemos visto, aquellas normas sanitarias aceptadas por el grupo o por el líder serán cumplidas insensiblemente por cada miembro e incorporadas como propias.

Hay determinadas áreas en que la educación para la salud es más necesaria, de acuerdo con los mayores requerimientos que presenta el adolescente. Estas son:

1. Sexual.
2. Alimentaria.
3. Higiene (corporal y psicosocial).
4. Utilización del tiempo libre.
5. Orientación vocacional.

Pero conviene recordar que las acciones no deben quedar limitadas a áreas específicas, pues la educación para la salud tiene como objetivo el logro de actitudes y conductas adecuadas y duraderas tomando a la salud en un concepto integral, por lo tanto es indispensable tener en cuenta simultáneamente todos los aspectos.

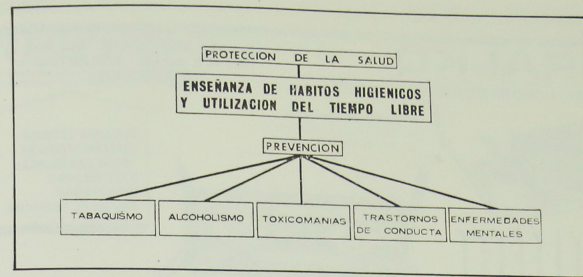
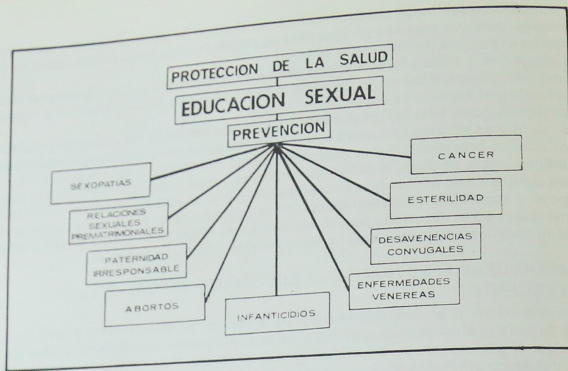
1. EL AREA SEXUAL es una de las que más requiere acciones educativo-sanitarias. En la adolescencia surge una natural curiosidad por todo lo sexual y es comprensible que así sea, pues se producen numerosos y grandes cambios ya que se adquiere la capacidad de reproducción.

Numerosas encuestas llevadas a cabo en nuestro medio señalan que existe una grave deficiencia en la educación sexual de la población en general y sobre todo en los adolescentes. La escasa información recibida, en su mayor parte errónea, proviene generalmente de fuentes totalmente inadecuadas constituidas por los coetáneos.

La educación sexual es parte de la educación general y de la educación para la salud en particular. Comienza con el nacimiento y aún antes, en el período prenatal; extendiéndose hasta la senectud. Adquiere distintas modalidades según las edades y cobra especiales características y marcada importancia en la adolescencia. Comprende la educación sexual propiamente dicha y la instrucción sexual. Esta consiste en informar, impartir conocimientos, sobre anatomía, fisiología e higiene del aparato genital masculino y femenino con sus modificaciones a través de los diversos períodos de la vida, así como en el embarazo y parto. Además, se incorporará el aspecto psicosocial y moral de la sexualidad, barazo y parto. Además, se incorporará el aspecto psicosocial y moral de la sexualidad, comprendiendo la relación de pareja en el noviazgo y matrimonio. En cambio, la educación sexual propiamente dicha, es orientar, guiar, ejercer influencia para que el individuo cumpla con los fines para los que está destinado, desarrollando al máximo sus potencialidades. Es formativa, está vinculada a la moral y comprende la educación "no verbal", la dades. Es formativa, está vinculada a la moral y comprende la educación "no verbal", la dades. Es fundamental la adopción de una actitud y una conducta adecuadas frente al sexo, despojadas de sentimientos de culpabilidad conscientes o inconscientes.







cable a temas de controversia como la contracepción, pues si bien tanto los adolescentes como los adultos tienen acceso y reciben el impacto de todo lo que se difunde sobre el tema, por los múltiples medios de comunicación social —habitualmente en forma incompleta y/o distorsionada—, los padres pueden objetar el tratamiento de estos temas, si sus hijos no los han solicitado.

Es siempre útil informar sobre la misma temática (con mayor extensión y profundidad) a los adultos relacionados con los adolescentes destinatarios de las acciones educativo-sanitarias y lo sexual.

2. EL AREA ALIMENTARIA tiene también relevancia en la adolescencia debido a que en este período hay requerimientos especiales por las características propias de un organismo en intenso ritmo de crecimiento y desarrollo.

Además, hay frecuentes desequilibrios metabólicos y hormonales vinculados a la nutrición, que si bien son generalmente transitorios, se deben conocer para mantenerlos bajo control, evitando así que adquieran carácter permanente y patológico. Por otra parte, durante la adolescencia, por diversas causas, predominantemente psicosociales, se incurre en regímenes totalmente inadecuados, generalmente autoprescritos, que pueden acarrear graves consecuencias. Así por ejemplo: a menudo se genera ansiedad oral por conflictos generacionales, frustraciones, inseguridad, etc., manifestándose por una compulsiva y excesiva ingesta que conduce fácilmente a la obesidad. Otras veces, hay un rechazo de los alimentos, por errónea interpretación como obesidad, del normal aumento del tejido adiposo; desarrollándose manifestaciones neuróticas que pueden llegar a configurar la afección llamada anorexia nerviosa. La incidencia de ésta ha aumentado en los últimos años, hecho que reviste gravedad ya que en ocasiones tiene una evolución fatal. Otra causa de trastornos alimentarios conducentes a alteraciones nutricionales en la adolescencia es el exhibicionismo, utilizado como medio de llamar la atención o de sentirse protegido o para vencer la inseguridad. Una frecuente motivación es la adhesión a modas, sobre todo aquellas impuestas por el grupo de pares, que si bien no acarrea consecuencias tan graves como las previamente consideradas, pueden llegar a perturbar el proceso normal de la pubertad. Esto sucede especialmente cuando coinciden con condiciones socioeconómicas desfavorables o con hábitos perjudiciales tales como el alcoholismo, tabaquismo o adicción a psicodrogas. Por otra parte, los regímenes seguidos por los adolescentes son generalmente deficientes en vitaminas y otros elementos esenciales de la dieta requerida en esta edad, lo que agrava la situación.

La educación sanitaria en el área alimentaria hace hincapié, enfatiza, los requerimientos dietéticos indispensables, al explicar el proceso biopsicosocial de la adolescencia, fundamentándolos. Señala, al mismo tiempo, las consecuencias deletéreas de la desviación del régimen alimentario indicado. Los cuestionarios previos son aquí especial-

mente útiles como orientadores temáticos y los grupos de discusión posterior son beneficiosos como modificadores de actitudes y conductas.

3. EL AREA DE LA HIGIENE corporal y psicosocial abarca desde el aseo personal hasta la prevención de malos hábitos tales como el tabaquismo, alcoholismo y adicción a psicodrogas, que se adquieren en alta proporción durante la adolescencia.

Con respecto al aseo personal, además del refuerzo de las indicaciones higiénicas dadas en la infancia —referentes a salud dental, lavado de manos, baño, vestimenta, etc.—, en la adolescencia surge la necesidad de acciones propias motivadas por modificaciones específicas de la pubertad que crean exigencias inexistentes en la niñez. La piel y sus anexos: glándulas sebáceas, sudoríparas, vello, por ejemplo, exigen una atención especial por los acentuados cambios, ya mencionados, que se producen en ese nivel.

La higiene genital, tanto masculina como femenina, adquiere particular trascendencia en esta edad debido a múltiples transformaciones tales como la producción de esmegma, flujo vaginal, menstruación, etc., que implican cuidados especiales.

En relación a la prevención de malos hábitos, la metodología consiste fundamentalmente en presentar el proceso biopsicosocial de la adolescencia en forma integral, destacando los efectos nocivos sobre el mismo, del alcohol, tabaco, psicodrogas, etc. Un enfoque psicológico global del adolescente permitirá lograr una buena comunicación con el mismo, que facilitará la canalización a través de otras vías, de los impulsos que comúnmente lo llevan a fumar, beber, adicción a drogas, etcétera.

4. LA UTILIZACION DEL TIEMPO LIBRE Y 5. LA ORIENTACION VOCACIONAL están íntimamente relacionadas con la canalización precedentemente mencionada. En efecto, al realizar una orientación vocacional integral (no simplemente para el trabajo o el estudio sino "para la vida") se llegan a conocer las preferencias y aspiraciones, así como las aptitudes y capacidades físicas y psicosociales del adolescente. Así, el asesoramiento y consejo se hacen extensivos también a la elección de sus ocupaciones durante el tiempo libre, en cuanto a deportes, recreación, manifestaciones artísticas y culturales, derivando hacia esas actividades muchos impulsos que de otro modo se volcarían hacia objetivos inadecuados. En esta forma, además de prevenir malos hábitos, se aprovecha la tendencia grupal propia de la adolescencia, para constituir agrupaciones juveniles con fines culturales, artísticos, deportivos y de bien común, tales como el voluntariado, que facilitan la participación activa del adolescente en la comunidad.

La juventud tiene características propias: inseguridad, hiperemotividad, rebeldía, que pueden conducirla a actividades negativas y hasta destructivas; pero por otras características tales como el idealismo, y dinamismo, pueden generar grandes obras de bien y de progreso, tanto para sí como para la sociedad en general. Por medio de la educación para la salud, se la puede ayudar a evitar lo nocivo y a realizar lo beneficioso.

# Informaciones

Comisión Asesora  
Permanente  
de Salud Bucal

SE HA CREADO Y HA COMENZADO A FUNCIONAR EN EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL LA COMISION ASESORA PERMANENTE DE SALUD BUCAL, INTEGRADA POR EL DIRECTOR NACIONAL DE ODONTOLOGIA, DOCTOR ALBERTO P. VALENTE; EL PRESIDENTE DE LA C.O.R.A., DOCTOR ROBERTO LEMME; EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACION DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA DE LA REPUBLICA ARGENTINA (A.F.O.R.A.) DOCTOR BLAS BARLETTA Y EL REPRESENTANTE DEL INSTITUTO NACIONAL DE OBRAS SOCIALES (I.N.O.S.), DOCTOR ALFREDO FERMIN ALVAREZ. DE TAL MODO, SE HA INICIADO EL CUMPLIMIENTO DE LO RESUELTO EN EL SEMINARIO REALIZADO EN LA FALDA, CORDOBA, EN MAYO PPDO., CUYO INFORME CONSOLIDADO SE TRANSCRIBE A CONTINUACION.

Informe Consolidado  
del  
Seminario

**"Problemas de la Odontología  
Actual. Alternativas de Solución"**

Volumen XIX N° 2 — Abril-Septiembre 1984

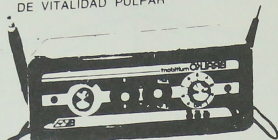
Ateneo Arg. de Odontología — 35

**BRALKO**  
ELECTROMEDICINA ARG.

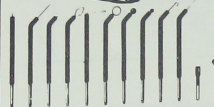
MOLDES 3827 - (1429) Cap. Fed.  
BUENOS AIRES - ARGENTINA  
☎ 701-9725



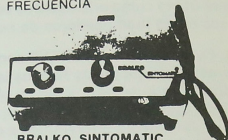
**BRALKO SENSIPROB**  
MEDIDOR ELECTRONICO  
DE VITALIDAD PULPAR



**BRALKO MULTIDONT**  
DETARAJE POR ULTRASONIDOS Y  
ELECTROBISTURI POR ALTA FRECUENCIA



**BRALKO DENTOCORT**  
ELECTROBISTURI POR ALTA FRECUENCIAS



**BRALKO SINTOMATIC**  
DETARAJE POR ULTRASONIDOS

SERVICIO TECNICO  
ESPECIALIZADO DE  
TODAS LAS MARCAS  
NACIONALES E  
IMPORTADAS.  
ENVIOS AL INTERIOR.



## EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. y F.

### MANEJO DE LA CONDUCTA ODONTOLÓGICA DEL NIÑO

LOUIS W. RIPA y FAMES T. BARENIE

Texto de lectura obligatoria para todo odontopediatra, así como también para el odontólogo general. Se ha puesto especial énfasis en repasar la bibliografía pertinente sobre la conducta y farmacología, para que el lector comprenda los esfuerzos de investigación pasados y recientes.

### PERIODONCIA

en la tradición de Orban y Gottlieb. (5ª Edición).

DANIEL A. GRANT, IRVING G. STERN y FRANK G. EVERETT

El objetivo de este libro es aportar los conocimientos necesarios para tratar la enfermedad periodontal como parte integral de la práctica odontológica. Todo educativo escrito para el estudiante no graduado y el práctico general.

### CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL PEDIÁTRICA

BRUCE SANDERS

La información contenida en esta obra es valiosa para todos los profesionales que tratan al paciente pediátrico. Partiendo de la premisa que un niño no es meramente un adulto pequeño, los autores analizan exhaustivamente el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad, traumatismos y deformidades.

### ENDODONCIA

OSCAR A. MAISTO

Cuarta edición ampliada y actualizada que pone al alcance de Estudiantes, Odontólogos y Endodoncistas, el desarrollo completo de los temas concernientes a la especialidad.

Con orientación definida, el autor explica las técnicas que realiza y enseña presentando también la endodoncia actual, con los conocimientos aceptados y puestos en práctica hasta el presente por la gran mayoría de autores.

EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. y F., Paraguay 2100, C.C. 47, Suc. 53, C.P. 1453, Capital  
Argentina Tel. 83-9339 83-9663

## 1. RESPECTO DE LA COBERTURA DE POBLACION

Para ampliar la cobertura odontológica de la población tendiente a Disminuir el Nivel de Desdentamiento (D.N.D.), es necesaria la acción conjunta coordinada del Sector Oficial con el sistema de Seguridad Social desarrollando tareas que no deben ser antagonicas ni responder a intereses sectoriales, sino ser complementarias, tereseres sectoriales, sino ser complementarias, mas aun teniendo en cuenta la dificil situación económica por lo que si nos obliga al máximo a utilizar los recursos existentes. (\*)

A partir de esos conceptos:

- 1.1 Lograr mayor cantidad de población cubierta.
  - 1.1.1 Lograr mayor cantidad de población con percepción del proceso salud-enfermedad.

*Estrategia:*

    - a) Educación para la Salud.
  - 1.1.2 Lograr mayor cantidad de población demandante con utilización racional de todos los efectores de salud.
    - 1.1.2.1 Lograr sistemas de atención que desarrollen actividades eficientes y equitativas.

*Estrategias:*

- a) Atención Primaria Nivel I (Comprende Programas Preventivos Colectivos e Individuales, y Urgencias).

Atención Primaria Nivel II (Comprende a las de Nivel I más):

  - Operatoria Dental: Restauraciones plásticas.
  - Periodoncia: Terapia básica (Control de placa bacteriana por enseñanza de cepillado, Raspaje y Pulido Radicular para la eliminación de la placa bacteriana subgingival).
  - Endodoncia simplificada.
  - Atención Integral que incluyendo las anteriores, abarca la cobertura total de las prestaciones.
- a.a Según nivel de Complejidad: Asumiendo responsabilidades por Sectores.
- a.b Según Prioridades:

Articulando la Odontología en Programas de Salud Integrales, tales como: Atención Primaria de la Salud, Salud Materno-Infantil, etcétera.

(\*) Se anexa como propuesta particular de la C. O. R. A. lo siguiente:

"Es importante destacar que en Odontología contrariamente a lo que sucede en Medicina, la capacidad instalada esta concentrada en más del 90% en el Sector Privado nucleado en las Entidades Gremiales Profesionales que cumplen un rol protagónico y por lo tanto la política de Salud deberá responder a esta situación."

- b) *Modificar el Nomenclador* que permita cambiar el perfil de prestaciones y tienda a disminuir y/o eliminar el copago o co-seguro y otras trabas administrativas, de acuerdo a las posibilidades.

- c) *Formación de Recursos Humanos*, c.a Sectoriales:

c.a.a Grado:

En función de un diagnóstico curricular previo se procederá a la modificación del mismo.

c.a.b Postgrado:

Modificación del postgrado, con desarrollo de tecnología educativa apropiada, incluyendo la modalidad de educación a distancia.

c.a.c Carreras intermedias.

c.a.d Auditores:

Modificación de la Auditoría, para superar la etapa meramente fiscalizadora, convirtiéndola en supervisora y promotora de la educación continua.

- d) Realizar investigación socioepidemiológica para comprobar la eficacia, efectividad y equidad de los nuevos modelos de sistemas de salud.

Cada Estrategia implica desarrollar subprogramas con Sistemas de Evaluación incluidos.

## 2. RESPECTO DE LA MODIFICACION DE PRESTACIONES

- 2.1 Lograr mayor cantidad de prestaciones preventivas a fin de alcanzar niveles aceptables de Salud Bucal.

*Estrategias:*

a) Nivel Central

- a.1 Aplicación de Programas Nacional y Regionales de Salud Bucal, canalizados por efectores de los tres Subsectores.

b) Nivel Operativo

- b.1 Implementación de la Atención Primaria Nivel I y Nivel II y de la Atención Integral (\*\*).
- b.2 Modificación del Nomenclador Nacional (INOS) y del Sistema de Auditoria con objetivos generales y específicos más allá de la tarea ad-

(\*\*) Es preciso a la luz de la situación actual definir el rol que prioritariamente debe cumplir cada Subsector, enfatizando el accionar del Estado, y de acuerdo a los medios con que cuenta, en la Atención Primaria con vista a la máxima cobertura de población.

- b.2 Administrativa y apuntando a la capacitación para el enfoque integral de la Atención Odontológica.
- b.3 Capacitación de Recursos Humanos.
- b.4 Articulación Docencia-Asistencia e Investigación.
- b.5 Producción de conocimientos a través de la investigación biomédica, clínica y socio-epidemiológica.
- b.6 Determinar y aumentar en el Nomenclador Nacional las Prestaciones de Atención Primaria.
- b.7 Establecer prioridades de patología y tipo de atención, normatizando el diagnóstico etiológico.

Los puntos b.2, b.6 y b.7: En Grupos de Trabajo con la Dirección Nacional de Odontología, Representantes del I.N.O.S., Profesión Organizada y Facultades de Odontología.

Cada Estrategia implica desarrollar Subprogramas con Sistemas de Evaluación.

## 3. AREAS DE RESPONSABILIDADES

- 3.1 Creación de un Consejo Federal de Salud Bucal (CO.FE.SA.BU.) con participación del Sector Oficial, Profesión Organizada y Universidades, conducido por una Comisión Permanente representativa del mismo, a efectos de:

- 3.1.1 Asesorar en la política de Salud Bucal integrada en los Programas Nacionales de Salud.

- 3.1.1.1 Programar actividades de colaboración intra y extrasectoriales en asistencia, investigación y docencia.

- 3.1.1.2 Establecer prioridades de atención: Escolares, Materno-Infantil, Adolescentes, Tercera Edad, Discapacitados, Familia.

- 3.1.1.3 Evaluar los Proyectos y Convenios.

- 3.1.2 Lograr que el Area Odontológica Provincial del Sector Oficial participe en el Nivel de Decisión.

3.2 Sector Oficial:

- 3.2.1 Nivel Central

- 3.2.1.1 Fijar la política de Salud Bucal.

- 3.2.1.2 Planificar y programar para el Sector Salud.

- 3.2.1.2.1 Aplicación de la Ley 21.172 (Fluoración y Defluoración de las Aguas de Consumo, de acuerdo al diagnóstico de situación,

- 3.2.1.2.2 Evaluación de Sistemas de Atención.

- 3.2.1.3 Coordinar la articulación intersectorial.

- 3.2.1.4 Fomentar el desarrollo de la Investigación y Tecnología.

- 3.2.1.4.1 Políticas de Investigación y Tecnologías.

- 3.2.1.4.2 Intercambio de información científica y tecnológica.

- 3.2.1.4.3 Investigación de Areas prioritarias.

- 3.2.1.4.4 Desarrollo de Tecnologías apropiadas.

- 3.2.1.5 Implementar un Sistema Nacional de Información.

- 3.2.1.6 Realizar la Programación Nacional de la Cooperación Internacional.

3.2.2 Nivel Operativo.

- 3.2.2.1 Realizar la Fluoración y Defluoración de las Aguas de Consumo.

- 3.2.2.2 Atención Primaria Nivel I, Nivel II y Atención Integral con determinación de prioridades y según niveles de complejidad.

- 3.2.2.3 Integración Asistencia- Docencia.

- 3.2.2.4 Implementar modelos experimentales de Atención de Salud Bucal, los que una vez evaluados y en función del conocimiento que producen, permitan su aplicación progresiva.

3.3 Instituciones Universitarias:

- 3.3.1 Integrar el Programa Nacional de Salud Bucal.

- 3.3.2 Formar Recursos Humanos: de Grado, Postgrado y no convencionales.

- 3.3.3 Programar, ejecutar y evaluar la producción de conocimientos utilizando el método científico y dirigido a la investigación biomédica, clínica y socio-epidemiológica, y al desarrollo de tecnología apropiada adecuada a los objetivos, según area geográfica y perdurabilidad de los mismos.

- 3.3.4 Articulación Docencia-Asistencia.

- 3.3.5 Programar, ejecutar y evaluar la Atención Primaria Nivel I, Nivel II y la Atención Integral en la Facultad como Hospital-Escuela, y en la articulación Docencia-Asistencia en las Areas Programáticas.

3.4 Instituciones de la Profesión Organizada:

- 3.4.1 Integrar el Programa Nacional de Salud Bucal.
- 3.4.2 Capacitar Recursos Humanos de Postgrado convencionales, coordinada con la Universidad.
- 3.4.3 Modificar el Nomenclador Nacional en función de la normatización, del diagnóstico etiológico y de las indicaciones de tratamiento correspondientes, en coordinación con el Sector Oficial, Representantes del I.N.O.S., Profesión Organizada y Facultades de Odontología.
- 3.4.3.1 Inclusión de Prestaciones Preventivas básicas.
- 3.4.3.2 Inclusión de Prestaciones Pre-

- ventivas para Pacientes de Alto Riesgo.
- 3.4.4 Modificar el Código de Prestaciones existente y el Sistema de co-seguro.
- 3.4.5 Programar la aplicación de la Atención Primaria Nivel I, Nivel II y Atención Integral.
- 3.4.6 Incorporar en los Convenios con las Obras Sociales la totalidad del Capítulo V del Nomenclador Nacional.

Las Entidades Profesionales cuando sean Titulares de Convenios con la Seguridad Social, deberán tratar de concretar el logro de los fines propuestos.

## INDICADORES PROPUESTOS

### 1. FLUORACION DE LAS AGUAS DE ABASTO PUBLICO:

$\frac{\text{Población cubierta con agua de abasto público fluorada artificialmente}}{\text{Población cubierta con agua de abasto público que requiere fluoración}} \times 100$

### 2. POBLACION CUBIERTA:

$\frac{\text{Población cubierta con Servicios de Odontología}}{\text{Población programada a cubrir con Servicios de odontología}} \times 100$

### 3. POBLACION ESCOLAR CUBIERTA:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Escolares de 6 a 13 años cubiertos con Servicios de Odontología}}{\text{N}^\circ \text{ de Escolares programados a cubrir con Servicios de Odontología}} \times 100$

### 4. COBERTURA DE OBRAS SOCIALES:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes atendidos en Obras Sociales}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes cubiertos por Obras Sociales}} \times 100$

### 5. PROFESIONAL CAPACITADO:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Profesionales egresados de Cursos Preventivos}}{\text{N}^\circ \text{ total de inscriptos en Cursos de Postgrado}} \times 100$

### 6. CURSOS PREVENTIVOS:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de Cursos Preventivos dictados (en Hs.)}}{\text{N}^\circ \text{ total de Cursos de Postgrado (en Hs.)}} \times 100$

### 7. ODONTOLOGOS DIPLOMADOS EN SALUD PUBLICA:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de Odontólogos del Sector Oficial Diplomados en Salud Pública}}{\text{N}^\circ \text{ total de Odontólogos del Sector Oficial}} \times 100$

### 8. AUDITORES FORMADOS SEGUN NORMAS:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de Auditores formados según Normas}}{\text{N}^\circ \text{ total de Auditores}} \times 100$

### 9. RELACION ENTRE EXODONCIAS Y RESTAURACIONES:

$\frac{\text{Total de Exodoncias}}{\text{Total de Restauraciones}}$

### 10. GRADO DE ODONTOLOGIA CONSERVADORA:

$\frac{\text{Total de Restauraciones}}{\text{Total de Restauraciones} + \text{Total de Exodoncias}} \times 100$

## 11. RELACION DE PRESTACIONES PREVENTIVAS SOBRE EL TOTAL DE PRESTACIONES:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de Prestaciones Preventivas}}{\text{N}^\circ \text{ total de Prestaciones Finales}}$

## 12. INDICADOR DE SALUD BUCAL:

- 12.1 — 6 años — Porcentaje de niños sin experiencia de caries.
- 12.2 Porcentaje de niños libres de caries.
- 12.3 — 12 años — Porcentaje de niños sin experiencia de caries.
- 12.4 C.P.O.D.
- 12.5 — 18 años — Porcentaje de personas sin experiencia de caries.
- 12.6 Porcentaje de personas con todas sus piezas dentarias naturales (exclusión de los terceros molares; tengan o no patología, obturaciones, etc. Lo importante es que estén presentes en la boca, independientemente de su estado).
- 12.7 — 35 a 45 años — Porcentaje de personas con todas sus piezas dentarias naturales.
- 12.8 Promedio de piezas dentarias naturales presentes.
- 12.9 — 65 y más años — Promedio de piezas dentarias naturales presentes

## 13. INDICADORES DE PERCEPCION DE ENFERMEDADES:

- De percepción de enfermedad.
- De impacto en población.

## 14. INDICADORES DE NECESIDAD DE TRATAMIENTO:

- 14.1 Índice de necesidad de tratamiento periodontal (F.D.I.). En desarrollo; factibilidad de implementación a partir de 1985.
- 14.2 Índice Gingival de Lóe.

Objetivo	Area Responsable	Desarrollar Subprogramas y Convenios	Cronograma Estimativo	Indicadores de Evaluación
1.1	S.O. } MS y P.O. } AS  UNIV. } ME y ESC. } J	<p>Constituir CO.FE.SA.BU y Comisión Nacional Programa de Educación para la Salud a través de medios masivos.</p> <p>Entrenar Recursos Humanos:</p> <p>a) Sectoriales</p> <p>b) Extrasectoriales</p> <p>Realizar el Diagnóstico e iniciar el cambio curricular en la Universidad.</p> <p>Promover la modificación curricular de Escuelas Primarias y Secundarias y el reconocimiento de Cursos de Educación de la Salud para Docentes (acreditación).</p> <p>Constituir CO.FE.SA.BU. y Comisión Nacional. Programar la Atención Clínica en función del Programa Nacional de Salud Bucal.</p> <p>Programar Sistema de Información (Banco Datos)</p> <p>Evaluar Normas de Atención</p>	<p>Programación 6 meses Implementación a partir de 9 meses</p> <p>En desarrollo y con tendencia creciente.</p> <p>En desarrollo hasta 1 año.</p> <p>A partir de 1985</p> <p>En 3 meses a 12 meses</p> <p>12 meses</p> <p>12 meses</p>	4-10-11-13
1.1.2	S.O. + P.D. +			12
1.1.2 y 2.1.5.2	UNIV.			

Objetivo	Area Responsable	Desarrollar Subprogramas y Convenios	Cronograma Estimativo	Indicadores de Evaluación
1.1.2.1 c 2.1 b.3 2.1 b.4	UNIV.	<p>Iniciar la formación de recursos humanos de pregrado, de acuerdo a un diagnóstico de cada Facultad. Modificación curricular consecuente.</p> <p>Formar recursos humanos según modelos de Docencia-Asistencia</p> <p>En función de demanda formar Recursos: carreras intermedias con salidas laborales.</p> <p>Formar recursos humanos de postgrado según objetivos del Programa Nacional de Salud Bucal (Suscripción de Convenios).</p> <p>Modificar Auditoria (Cursos).</p>	<p>En desarrollo hasta 12 meses</p> <p>En desarrollo hasta 24 meses</p> <p>Después de 36 meses</p> <p>En desarrollo hasta 12 meses</p> <p>3/18 meses</p> <p>Desde 18 a 24 meses</p>	<p>12 10-11-5-6</p> <p>24 Evaluaciones curriculares</p> <p>5-6-12-4-14</p> <p>5-7-8-10-11</p> <p>7-8</p> <p>10-11-12-4-14</p>
2.1 b.2	UNIV. y P.O.			
2.1 b.3	UNIV. y P.O.			
1.1.2.1 a, c y d	P.O./O.S.			

## LABORATORIO "Del Ateneo"

Aparatología  
de Ortopedia  
Funcional  
y Ortodoncia  
en toda su  
Variedad

**RICARDO N. LLANES**

**EDUARDO H. AGUIRRE**

T. de Anchorena 1178 Tel. 821-7349

Objetivo	Area Responsable	Desarrollar Subprogramas y Convenios	Cronograma Estimativo	Indicadores de Evaluación
1.1.2.1 a 2.1 b.1	UNIV. S.O. P.O.	Programar, ejecutar y evaluar Sistemas de Atención. <i>Estrategias:</i> Atención Primaria Nivel I Atención Primaria Nivel II Atención Integral.	En desarrollo en 12 meses	2-3-5-15 -en su totalidad- 14
1.1.2.1 d	UNIV. + S.O.	Definir Política de Investigación (creación de Areas- Institutos con objetivos y estrategias diseñadas para alcanzarlos). Programar el desarrollo de financiación adecuada. Formar Investigadores	1 a 5 años	Publicaciones específicas
	UNIV./UNIV. UNIV./P.O.	Desarrollar tecnología apropiada. Programar, ejecutar y evaluar estudios colaborativos intersectoriales e interuniversitarios.	En desarrollo y hasta 5 años 1 a 5 años A partir de 1 año a 5 años.	Publicaciones específicas. Publicaciones específicas Publicaciones específicas.
1.1.2.1 a, c y d 2.1 b.4 2.1 b.5	UNIV./S.O.	Programar, aplicar y evaluar modelos de Docencia-Asistencia e Investigación.	En desarrollo hasta 4 años.	Publicaciones 2-3-5-7-8-10-11-12

Objetivo	Area responsable	Desarrollar Subprogramas y Convenios	Cronograma estimativo	Indicadores de evaluación
1.1.2.1 a, c y d	UNIV. + S.O.	Programar, ejecutar y evaluar planes para Areas Programáticas	En desarrollo y continua hasta el 100%. Cobertura 1985: 20%	2-3-12
2.1 b.1 2.1. b.4	S.O.	Aplicar modelos Docencia-Asistencia al total de los Servicio.	2 - 5 años	2-3-12
1.1.2.1 a. y b.	S.O./P.O./ S.S.	Modificar el Nomenclador para normalizar diagnóstico etiológico y los indicadores de tratamiento acordes. Aplicar Programas Preventivos para Alto Riesgo. Modificar las prestaciones existentes	En desarrollo y hasta 12 meses	Sistema de información 2-3-4-10-11-12
1.1.2.1 a 2.1 a	S.O.	Realizar la Fluoración y Defluoración de Aguas de Abasto Público	En desarrollo y hasta 2 años En desarrollo hasta 24 meses	1

REFERENCIAS: ESC. • M.E. y J.: MINISTERIO DE EDUCACION Y JUSTICIA • M.S. y A.S.: MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL • P.O.: PROFESION ORGANIZADA • S.O.: SECTOR OFICIAL • O.S.: OBRAS SOCIALES • S.S.: SEGURIDAD SOCIAL • UNIV.: UNIVERSIDAD.

# Informaciones

## ODONTOLOGOS EN LA FUNCION PUBLICA

Ampliamos la información del número anterior, destacando los nombres y cargos de colegas designados en la función pública del gobierno constitucional:

**Dr. RAMON B. MESTRE:** intendente de la ciudad de Córdoba.

**Dr. BLAS BARLETTA:** decano de la Facultad de Odontología de La Plata.

**Dr. HECTOR H. AHUMADA:** decano de la Facultad de Odontología de Tucumán.

**Dr. JUAN CARLOS MILET:** decano de la Facultad de Odontología de Rosario.

**Dr. HUGO FOSCOLO:** director de la Escuela de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.

**Dr. LUIS EDUARDO GARCIA:** subsecretario de Salud Pública de Chubut.

**Dr. GUILLERMO GAUDIO:** presidente de la Comisión Asesora de Odontología de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

**Dr. MARIO JORGE GOTUSSO:** decano de la Facultad de Odontología de Córdoba.

**Dra. LIDIA MARTINEZ DE MEYER:** decana de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Noreste.

**Dr. LUIS SCOLNIK:** director del Servicio Universitario de Salud de la Universidad de Buenos Aires.

**Dr. ALFREDO FERMIN ALVAREZ:** interventor del Instituto de Servicios Sociales para el Personal de la Industria del Vidrio y Afines.

# Informaciones del Ateneo

## HORARIOS DE ATENCION EN LA FILIAL ROSARIO

En la filial Rosario del Ateneo Argentino de Odontología se están desarrollando los siguientes cursos: Ortopedia Maxilar (1° y 2° año), Ortodoncia (3° año), Aparatología Clínica y Odontopediatría.

Paralelamente funcionan las clínicas de atención permanente, con estos horarios:

**ORTOPEDIA-ORTODONCIA:** martes, jueves y viernes de 9 a 12.30.  
**ODONTOPEDIATRIA:** miércoles de 9 a 12.

La filial tiene su sede en la calle 3 de Febrero 1274, Rosario, Tel: 45813.

## VII JORNADAS INTERDISCIPLINARIAS DEL ATENEO

Se realizarán en Rosario, Santa Fe, del 8 al 10 de noviembre de 1984, en la Facultad de Odontología de esa ciudad, cuyo decano, doctor Juan Carlos Milet, ha cedido el Aula Magna y otras instalaciones de esa Casa de Estudios.

Informes e inscripción, en el Ateneo Argentino de Odontología, M. T. de Anchorena 1176, Buenos Aires (1425), Tel: 821-7349/0394, y en la Filial Rosario, 3 de Febrero 1274, Rosario (2000), Tel: 45813.

## TEMAS DEL PROGRAMA TENTATIVO

### INFORME PRELIMINAR

Jueves, 12 hs.

### COCTEL DE APERTURA - INAUGURACION:

14 a 19.30.

### ATENEOS INTERDISCIPLINARIOS:

Participación abierta en la discusión de casos clínicos inéditos

### TEMAS LIBRES:

Los avances - Los logros - Novedades  
Todo el trabajo anual de nuestra institución  
en salones simultáneos



# Informaciones del Ateneo

Viernes, 14.30 a 19.30.

MESAS DE APROVECHAMIENTO PRACTICO

La Odontología al día

PROTESIS - ORTODONCIA - ODONTOPIEDIATRIA  
CIRUGIA - ENDODONCIA - PERIODONCIA

## DOS MESAS REDONDAS CENTRALES

Viernes, de 9 a 12.30.

APORTES TEORICOS Y PRACTICOS DE LAS  
ESPECIALIDADES EN LA OCLUSION

- ¿Qué papel juega la oclusión en ortodoncia?
- ¿Cuáles son los elementos de diagnóstico prácticos en la oclusión?
- ¿La oclusión tiene importancia en periodoncia?
- ¿El odontólogo general puede hacer terapéutica en oclusión?
- ¿Es la cirugía un nuevo recurso para lograrla?
- El papel del odontopediatra en la organización de la oclusión.
- ¿Cuándo se debe derivar?
- Y muchas respuestas más...

Sábado, 15.30 a 18.

¿SALUD vs. HONORARIOS?

- ¿Se contradicen el arancel INOS y la búsqueda de salud?
- ¿El Nomenclador debe pagar sólo actos operatorios?
- ¿Deben retribuirse igual un fichado que una consulta especializada...?
- ...Y mucho más...

Sábado, a las 11.

Conferencia a cargo del Dr. ALBERTO VALENTE  
(Director Nacional de Odontología)

PROYECTO NACIONAL: VEJEZ CON DIENTES NATURALES.

ACTOS CULTURALES Y SOCIALES.

CENA DE CLAUSURA.

IMPORTANTES DISTINCIONES A LOS MEJORES  
TRABAJOS PRESENTADOS.

# Informaciones del Ateneo

Comité Ejecutivo Organizador

Presidente: Dra. Beatriz Lewkowicz  
Vicepresidente: Dr. Alcibiades González  
Secretario: Dr. Miguel Stratas  
Prosecretario: Dr. Anibal Eezckui  
Tesorero: Dr. Carlos Guberman  
Protesorero: Dra. Graciela La Spina  
Informes en Secretaría, de 8 a 12, de lunes a sábado.

# Atención de Pacientes en las Clínicas del Ateneo Argentino de Odontología

## **ORTODONCIA:**

Martes, jueves y sábados de 8.30  
a 11.30.

## **ORTOPEDIA:**

Lunes, miércoles, viernes y sábados  
de 8.30 a 11.30.

## **ODONTOPEDIATRIA:**

Lunes, miércoles y viernes de 8.30  
a 11.30.

## **CIRUGIA:**

Martes, jueves y sábados de 8.30  
a 10.

## **ENDODONCIA:**

Miércoles, de 8.30 a 11.30.

## **PROTESIS:**

Martes, de 8.30 a 11.30.

## **DISFUNCION TEMPORO - MANDIBULAR:**

Miércoles, de 8.30 a 11.30.

## **RADIOLOGIA Y CEFALOMETRIA:**

Solicitar turno.

## **PERIODONCIA:**

Miércoles de 8.30 a 11.30

En la filial Rosario:

Sábados, de las 8.30 a 11.30

**3 de Febrero 1274, Rosario**

Correo Argentino Suc. 12	TARIFA REDUCIDA Concesion 2231
	FRANQUEO PAGADO Concesion 4760

**Todo lo que usted exija  
de un cepillo...  
lo encontrará en**

**Py·co·pay<sup>®</sup>**

*(Cualquiera sea la técnica que convenga a su paciente)*

- **Remueve** las placas, allí donde otros cepillos de filamentos más gruesos no pueden llegar: espacios interproximales, huecos, fisuras, etc.
- **Limpia** eficazmente el surco gingival sin lesionar el tejido gingival.
- **Elimina** la abrasión de los dientes.
- **Seguro**, no daña acrílicos ni fundas.

