

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

1	9	5	3	—	1	9	9	3:
EL 17 DE AGOSTO, EL ATENEO								
CUMPLIRA SU CUADRAGESIMO								
ANIVERSARIO								



TERCER
CONGRESO
INTERDISCIPLINARIO
EN
ODONTOLOGIA
1º ENCUENTRO
MEDICO - ODONTOLOGICO
BS. AS. 18 AL 20 DE MAYO DE 1994

Sedes: Centro de Convenciones Lepret
Pte. Luis Saenz Peña 739
Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan
Combate de los Pozos 1881

CLINADOL[®]

FLURBIPROFENO GADOR 50 mg.

**RESUELVEN
EL PROBLEMA**


CLINADOL[®] FORTE

FLURBIPROFENO GADOR 100 mg.



Analgésico
Antiinflamatorio no esteroideo
Inhibidor de la
resorción ósea alveolar
Especialmente concebido
para uso odontológico

Dosificación: Procesos inflamatorios: 100/200 mg día en 2, 3, ó 4 tomas.
Tratamientos pre y post quirúrgicos o endodónticos: 50 y 100/200 mg día respectivamente.
Casos de sintomatología severa: 300 mg día.
Inhibición de la resorción ósea alveolar: 100 mg día.
Presentación: CLINADOL, flurbiprofeno 50 mg, envase con 10 y 30 comprimidos recubiertos.
CLINADOL FORTE, flurbiprofeno 100 mg, envase con 10 comprimidos recubiertos.

Gador 
Al Cuidado de la Vida

Ateneo Argentino de Odontología

COMISION DIRECTIVA

Presidente: ALFREDO FERMIN ALVAREZ
Vicepresidenta: BEATRIZ MELAMED
Secretario: ELIAS BESZKIN
Prosecretaria: ESTER GANIEVICH
Tesorera: LILIANA PERIALE
Profesorero: JOSE MARIO BESZKIN

VOCALES TITULARES
BEATRIZ LEWKOWICZ
EDUARDO MUIÑO
ARMANDO POLLERO
EDITH LOSOVIZ
LILIAN PIVETTI
ISAAC RAPAPORT

VOCALES SUPLENTE
ANA MARIA CAPUTO
MOISES GERSZENSZTEIG
FABIAN BLASCO
CARLOS VASERMAN
ALICIA AICHENBAUM
ADRIANA PINAR

COMISION FISCALIZADORA

TITULARES
JAIME JUAN FISZMAN
MARIO DANIEL TORRES
AMANDA RIZUTTI

SUPLENTE
SOFIA VINOGRAD
RICARDO CHAIT
GRACIELA LIBONATTI

TRIBUNAL DE HONOR

LUIS ZIELINSKY
ANGEL LAGORIO
NATALIO SCHEK

MIGUEL STRATAS
SILVIA RUDOY
LEONARDO VORONOVINSKY

HENJA DE RAPAPORT
ELIAS SAMOIOVICH
SARA SNEBRUM

COMISIONES Y SUBCOMISIONES

**Departamento de Enseñanza
y Asistencia Permanente**

Presidente:
BEATRIZ LEWKOWICZ

Comisió de Cursos

Directora de Cursos:
BEATRIZ MELAMED

**Coordinadoras de
Cursos de Actualización:**

LILIAN PIVETTI
MIRTA RESNIK

**Coordinadores de Cursos
del Interior:**

LILIANA PERIALE
EDUARDO SUSSMAN
JAIME FISZMAN

**Coordinador de Cursos
para Extranjeros:**

EDUARDO MUIÑO

**Coordinador
de Extensión Cultural:**

JAIME FISZMAN

COMISION PERMANENTE DE JORNADAS

Presidente:
ISAAC RAPAPORT

LILIAN PIVETTI
LILIANA DOCTOROVICH
ESTER GANIEVICH
MIGUEL STRATAS
MARCELA SANCHEZ
JULIO LALAMA
DANIEL KLETNICKI
ADRIANA PINAR
EVA SCHILMAN
SUSANA ZASZCZYNSKI
SOFIA VINOGRAD
SONIA KANTEMIROFF
EDUARDO SUSSMAN
MYRIAM DAVIES

DIRECTOR: Alfredo Fermín Alvarez

COMISION DE PUBLICACIONES: Mario Beszkin, Haydée Fligler,
Jorge Miguel García, Carlos Guberman y Mario Daniel Torres

Correspondencia:
Anchorena 1176/78
(1425) Buenos Aires
Tel.: 961-7349 y 0394 Fax: 963-2705
República Argentina

Diagramación, corrección y
coordinación
periodística:
Antonio Tarsitani
Producción Publicitaria A.F.T.

DEPARTAMENTO DE
ODONTOLOGIA
PREVENTIVA Y SOCIAL
Presidente: MARIO BESZKIN

COMITE DE PREVENCION
Coordinadora:
GRACIELA LIBONATTI

COMITE DE INFECCIONES
Coordinador:
JORGE M. GARCIA

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 escritos 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'échange 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

-
- 1— *Comisión Directiva*
-
- 4— *Editorial: Cuarenta Años Bien Cumplidos:*
Alfredo Fermín Alvarez.
-
- 6— *Requiem Para la Solidaridad:*
Héctor M. Ziegler.
-
- 8— *Técnica Combinada, "Kiss 81":*
Luis Zielinsky.
-
- 26— *La Estructura de la Profesión Odontológica y el Uso de los Auxiliares en América latina:*
Judith K. Barr, Charles E. Barr.
-
- 36— *Ortodoncia Quirúrgica y Transplante Dentario:*
Mario Daniel Torres, Néstor J. Blanco.
-
- 43— *El Raspaje y Alisado Radicular en la Terapia Periotontal:*
Alberto Bustamante, Isaac Rapaport.
-
- 48— *Campaña de Información Sobre el Sida: el Lugar de Trabajo Como un Ambito de Educación Promisorio:*
Judith K. Barr, Joan M. Waring, León J. Warshaw.
-
- 56— *Tratamiento de las Lesiones Paraprotética en Desdentados Totales Portadores de Prótesis Completas:*
Luis Guillermo Caputo, Jorge Norberto Ferreyra, Juan Ramón Farina, Gustavo Raúl Molina, Gabriela Andrea Gargiulo.
-
- 71— *Prevención de Caries: Estudio Comparativo Entre dos Grupos Escolares Con y Sin Buches de Flúor. Exitosa Respuesta Docente:*
Edgardo Roberto Costa
-
- 76— *Verificación Biológica del Titanio Como Material Para Implantes Mediante un Test de Inducción de Aberraciones Cromosómicas:*
J. Vaňek, V. Brezina, L. Freyburg, M. Smekal y N. Dvorakova.
-
- 79— *Educación para la Salud: Informaciones Sobre el SIDA: Preguntas y Respuestas*
-
- 105— *Cuidando a Alguien con Sida.*
-
- 114— *El SIDA y Usted*
-
- 117— *¿Es Mejor Saber?*
-
- 118— *El SIDA en la Argentina: Cifras.*
-
- 119— *Noticias del Ateneo.*

CUARENTA AÑOS BIEN CUMPLIDOS

"El futuro es siempre una incógnita, pero cuando en la experiencia recorrida se ha obtenido cuanto ha logrado el Ateneo, los que emprendimos ese camino y no nos abandonamos al orgullo del pavo real, podemos decir que tenemos cifradas esperanzas, afirmados en esos principios, que indudablemente el Ateneo tiene un largo camino que recorrer antes que el tiempo, con su inexorable decisión, decrete su misión como cumplida para que otros emprendan el ciclo de esa renovación humana e institucional que se hace siempre necesaria. Sólo podríamos pedir que no sea antes —en ello estamos seguro—, porque estas manos jóvenes que enarbolan su bandera son garantía de esos principios que fecundó su acción. Y cuando ese ciclo natural se cumpla, sabemos que esa acción, hecha polvo en el tiempo, habrá servido para las nuevas aventuras del hombre, que es la manera de transitar el futuro."

Con las palabras que anteceden concluía la nota editorial publicada en la Revista del Ateneo al cumplir éste veinte años. En agosto de 1993, más precisamente el 17, habrán pasado otros veinte; circunstancia propicia para reflexionar sobre su historia, su presente y su porvenir.

Reunidos por la común vocación del estudio de una especialidad, un grupo de esforzados pioneros constituyeron entonces el Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar. Tras sus primeros encuentros en el Centro de Estudiantes de Odontología, de la vocación de estudiar y aprender, nació la responsabilidad de volcar los nuevos conocimientos, los frutos del razonamiento y los resultados de la incipiente experiencia transmitiendo, enseñando e incentivando el estudio y la práctica. La casa de la calle Zamudio primero, la propia de la calle Añasco, más tarde, y la actual de Anchorena 1176 son testimonio y testigos de una evolución creciente y multiplicada. En 1963, a diez años de la fundación, se consigna en la Revista una frase que es al propio tiempo un alegato y un compromiso: "Con confianza en el futuro seguimos la marcha, ávidos de aprender y transmitir enseñanzas y por sobre todo de servir al pueblo que, en definitiva, es la razón de nuestra profesión."

Esa necesidad de servicio institucional signó naturalmente la incorporación de otras disciplinas de la salud y la odontología, estructurando una Institución polivalente con la consecuente desembocadura en un cambio de nombre. El Ateneo Argentino de Odontología con los mismos principios y renovada pujanza articuló su modelo docente-asistencial en el marco de la interdisciplina ejercida cotidianamente. Ese modelo permanente de docencia y asistencia, con el paciente como eje del sistema, constituye una concepción práctica totalizadora de la salud, donde cada enfoque disciplinario se enaltece articulándose con los demás. El resultado es una mejor atención, más

CUARENTA AÑOS...

conocimientos y un más gratificante ejercicio.

Varios son los instrumentos con los que cuenta el Ateneo para desarrollar esa tarea. Sus aulas, sus clínicas con 35 unidades operativas, su material didáctico acumulado de su propia experiencia y, desde hace poco, la informática al servicio del servicio.

La Revista, que con el presente número entra en su volumen XXX, es un órgano abierto para la información y el intercambio. Se dijo en 1963: "De nuestro Boletín sólo apareció un número, porque el siguiente ya era Revista." Hoy, con sus 260 páginas anuales, todas las especialidades son abordadas en su mayoría por miembros de la Institución.

También son hoy multidisciplinarios los cursos de actualización, integrales y de especialización, intensos y compactos, algunos de cuyos programas tienen la aprobación de la Secretaría de Salud de la Nación. Sus dictantes, mayoritariamente del cuerpo docente de la casa, comparten los programas anuales con destacados profesores universitarios del país y del extranjero.

Del ejercicio interdisciplinario surgieron las actividades de Jornadas anuales, en las que se hace una revisión de lo actuado en materia científica, o se abordan temas de interés central. Con el Primer Congreso Interdisciplinario en Odontología, en 1981, se inaugura una modalidad que, reeditada en 1988, tendrá para 1994, en mayo, como fecha de su tercera versión. Esta actividad congresal llegó con experiencia participativa y organizativa en los Congresos de Ortodoncia, de Ortopedia Funcional de los Maxilares y de las Disgnacias que, en sus diversas versiones, contaron siempre con el trabajo compartido de los dirigentes y el aporte de los dictantes del Ateneo.

Todo ello generó una relación interinstitucional creciente y fuerte que hoy se prolonga en el dictado de cursos en el interior del país como parte del programa anual y en la fluida relación con entidades latinoamericanas que anualmente envían becarios para su especialización en un reconocimiento que enorgullece y compromete. Esa labor multiplicadora tuvo su más clara referencia con la creación del Ateneo de Odontología de Rosario, recientemente constituido sobre la base de la Filial del AAO en esa ciudad conformado quince años atrás.

Han pasado cuarenta años cumplidos con firmeza, humildad, vigor y honradez. Obra de crecimiento y entrega sin pausa, patrimonio de la comunidad que constituyen dirigentes, dictantes, cursantes y personal de todos los tiempos. Son ellos los titulares de esta lograda empresa. Seguirán siendo los artífices de nuevos logros.

A.F.A.

REQUIEM PARA LA SOLIDARIDAD

Hace algunos días la Cámara de Diputados logró la aprobación del controvertido proyecto de jubilación privada.

Si bien habrá que esperar su publicación para conocer con precisión los detalles del régimen, puede asegurarse que el debilitado andamiaje del sistema previsional argentino sustentado en el principio de solidaridad se transformará en un sistema de capitalización que será manejado por empresas privadas con fines de lucro.

Claro que la "conquista", lograda por los más esforzados representantes del pueblo consistió en que el régimen fuera voluntario y que una de las administradoras de fondos de pensión sea creada por el Banco de la Nación. En cuanto al ingreso voluntario, sólo los trabajadores muy próximos a la jubilación encontrarán conveniente permanecer en el régimen antiguo —ahora llamado de reparto—, ya que la capitalización privada dará algunos puntos más en el producto final, máxime teniendo en cuenta que los riesgos de invalidez y muerte quedarán en la órbita del Estado.

En consecuencia, teniendo en cuenta que la edad para acogerse a los beneficios se eleva a 65 años para los hombres y 60 para las mujeres, las administradoras de fondos de jubilación sólo tendrán que desembolsar prestaciones dentro de 20 años, ya que se incorporarán mayoritariamente a ellas los trabajadores menores de 45 años. Esto conformará una importante masa de dinero que estará destinada a financiar "la etapa de crecimiento": otra vez el salario tiene a su cargo el financiamiento de los déficits de la economía nacional como fue antes variable de ajuste para la "etapa de estabilidad".

A esta altura conviene recordar que el desprestigiado régimen previsional, que nos rigió hasta ahora, también nació como un sistema de capitalización y sufrió todas las contingencias de la economía nacional para transformarse en el actual régimen de reparto que, según estudiosos del tema, podría sanearse en tres o cuatro años con la modificación de la edad que ahora se legisla y con una eficiente fiscalización que termine con la enorme y crónica evasión de los aportes jubilatorios, porque puede asegurarse enfáticamente que el sistema se cae por la evasión y porque fue sistemáticamente ultrajado por los gobiernos que se sucedieron desde principios de la década de los '50.

Por otra parte no está muy claro como podrá subsistir el régimen de reparto con sólo la contribución patronal que continuará ingresando a su cuenta, ya que con esta recaudación deberá hacer frente a la actual

REQUIEM ...

nómina de jubilados y pensionados más los próximos que no opten por el régimen privado, más la erogación que significará la cobertura de invalidez y muerte de la totalidad de los activos, virtual subsidio que el Estado brindará al sistema privado. A esto debe agregarse que las características de los cómputos para la determinación del haber del retiro, indican "prima facie" que los trabajadores con bajas remuneraciones no encontrarán incentivos para incorporarse al nuevo sistema.

Corresponde destacar, asimismo, que el proyecto comentado no incluye al personal militar, fuerzas de seguridad y otros regímenes privilegiados y no aclara en qué forma las administradoras de fondos de jubilación y pensión respetarán las conquistas que protegen a los trabajadores que realizan tareas insalubres o riesgosas como navegantes, aeronavegantes, personal de cámara frías, etcétera. En consecuencia, un paso atrás para la ética de la solidaridad, la que parecían practicar los líderes gremiales que recientemente acompañaron la caravana de jubilados frente al Congreso en defensa del sistema tradicional y que ahora dispusieron que sus representantes en la Cámara de Diputados aprobaran este nuevo régimen para brindar una jugosa colaboración al mercado de capitales.

Héctor M. Ziegler

Técnica Combinada, "Kiss 81"

LUIS ZIELINSKY

Queremos poner en claro por qué hemos adoptado esta sigla "KISS 81" para la técnica ortodóncica, que hemos estado utilizando estos últimos años, y sobre la que hemos hecho una publicación anterior.¹

El término KISS es un anagrama muy utilizado en Estados Unidos, y que significa Keep It Simple Sir (que significa: mantengamos simples las cosas) o dicho de otra manera: no las compliquemos.

El ortodoncista norteamericano Vic Alexander la adoptó como consigna de su técnica Vari-Simplex. Su idea (que compartimos) es tratar de simplificar la problemática del tratamiento ortodóncico con los más variados recursos, cualquiera sea el sistema mecánico del que provenga.²

Esto es sumamente importante, sobre todo desde el punto de vista biomecánico. Thrurow³ acota que con la instalación de un sistema mecánico para mover dientes se inicia una larga serie de danzas y contradanzas no totalmente previsible, pese a las promesas del marketing de sistemas de "avanzada, mágicos y perfectos".

Y esto es así porque dependemos de las leyes de la mecánica de Newton, especialmente de la 3ª (principio de acción y reacción), y que gobierna en parte el movimiento dentario y el anclaje (así como otros factores: relación momento-fuerza, coeficiente de deflexión, etcétera).

Pero decimos, en parte, porque no olvidamos que los tejidos involucrados: dientes, hueso, ligamento periodontal, son bioelásticos⁴ y la utilización de la T. extraoral significa indefectiblemente efecto -rebote (vuelta parcial a las posiciones iniciales). Así como los brackets complejos con momento-fuerza elevado por la escasa distancia interbracket son elementos de complicación y no de simplificación por la no previsibilidad de los resultados.

Además, las preangulaciones y pretorques de los brackets están basados en el concepto de "Arco ideal", formulado hace casi un siglo por Angle, de que llevando los dientes con precisión a la posición "que deben ocupar" hacen crecer el hueso y se consolidan, cosa que hace casi medio siglo que se demostró que es falso.

En una palabra, se propone tecnología de avanzada sobre la base de conceptos biológicos obsoletos.

La realidad es que la *estabilidad* de las nuevas posiciones a las que se llevan los dientes en tratamiento, depende, además, de las leyes mecánicas: de 4 grupos de factores relevantes que hay que tener en cuenta siempre a lo largo de todo el tratamiento ortodóncico.

Estos son:

3 Segmentos (anterior, lateral, posterior).

3 Factores (crecimiento rotacional,

erupción, función, disfunción.

3 Tipologías (pterigoidea, temporal, maseterina).

3 Etapas (nivelación destrabe, objetivos fundamentales: finalización).

3 x 3 x 3 x 3 = 81. El no tener en cuenta en la estrategia y monitoreo del tratamiento todos estos factores, potencia los errores cometidos.

La fig. 1 muestra que todo caso que siempre es individual (no existe un solo modelo a seguir) la variabilidad es la regla en oclusión.

Un operador capacitado y consciente para llevar a feliz término un tratamiento, debe pensar continuamente en controlar los resultados obtenidos, y las decisiones y maniobras ulteriores deben hacerse con destrezas, conocimientos biomecánicos, teniendo en cuenta TODOS los factores (y como recomienda la 4ª regla de la lógica cartesiana, sin dejar de tener en cuenta ninguno). Eso es monitorear.

Este es el sentido de la sigla nemotécnica KISS 81: no se puede llevar a feliz término un caso ortodóncico, que siempre es multifactorial, si no se evitan los errores conceptuales y técnicos y eso es simplificar.

RASGOS FUNDAMENTALES DE LA TÉCNICA COMBINADA "KISS 81"

Aunque lo hemos expresado y fundamentado en un trabajo anterior.¹

1) No usar tracción extraoral; sus resultados no son confiables por el efecto rebote (rebound) producido por la bioelasticidad de los tejidos (especialmente el óseo).

Además de los riesgos por su des-

prendimiento y daño en los ojos de los niños durante el sueño. Y además, fundamentalmente, por su carácter agresivo en lo psicológico y su infortabilidad que hace que muy pocos niños lo usen el número de horas suficiente (14 hs).

2) Usar Brackets simples, lo más angostos posibles de .022 x .028"

3) Tubos dobles en 76/67 de .018 x .025".
76/67

4) Uso de alambre Coaxial de .0175" y de Nitinol .016" y luego de .016 x .016" para la etapa de nivelación (disminución de la fricción).

Sistema bimétrico de Schudy usado también por Hocevar con arcos de acero que puede funcionar como arco de canto (016 x 022" transformable por torsión de 90° en arco-cinta .022 x .016" (Ribbon arch) de acuerdo con las necesidades de anclaje o de movimiento intersegmentaria o intrasegmentaria (arco seccional).

6) Empleo de trozos de alambre intrasegmentario (.016) para el refuerzo del anclaje en el segmento en que es necesario.

7) Generoso uso del arco interno de 0.9 mm (.036") para refuerzo del anclaje y para movimientos en el segmento lateral en los 3 planos del espacio.

8) Comenzar el tratamiento por el maxilar superior e ir terminando de adelante hacia atrás.

9) No usar brackets pretorqueados ni preinclinados desde el principio del tratamiento. Recién se decide su uso en la 3ª etapa del tratamiento (finalización) y en los dientes donde son necesarios;

LUIS ZIELINSKY

generalmente los incisivos centrales y segundos molares superiores.

- 10) En las últimas etapas se emplean arcos continuos de 7/7 de nickel-titanio y de beta titanio, también el Braid de .016 x 022" conformada de acuerdo a la tipología del caso.

DATOS MINIMOS DE DIAGNOSTICO

- 1) Constatar si la relación céntrica coincide con la oclusión céntrica recordando que el tratamiento se hace desde y hacia la relación céntrica.
 - 2) Suma incisiva. El valor crítico es de 32 mm. A partir de esta cifra es difícil conseguir un resultado estable sin extracciones.
 - 3) Overjet overbite. Observar el paciente de frente para su evaluación estética y funcional. Proporcionalidad de tercios. Asimetrías de la línea media.
- Laterodesviación al abrir o cerrar. Si muestra demasiada encía superior al sonreír. Cruzamientos dentarios con o sin deslizamiento lateral en el cierre.
- 5) Con el mango de un espejo, colocado transversalmente, observar la profundidad de la curva de Wilson en el arco inferior, en el segmento lateral y posterior; con respecto al maxilar superior conviene comparar la convexidad o concavidad del segmento lateral derecho e izquierdo etc., considerado en su dimensión longitudinal.
 - 6) En los modelos observar la forma tipológica del arco en el plano horizontal. Para más detalles, consultar mi trabajo sobre oclusión.

Para esto, es conveniente incluir en el protocolo una fotocopia de la vista oclusal de los modelos superior e inferior, pues en el largo plazo la forma de los arcos no se va a apartar de su patrón genético oclusal.

- 7) Evaluar los problemas en el segmento anterior 21 12, posición y orientación radicular de los caninos y de su relación intermaxilar.
- 8) Radiografía panorámica, senda y grado de erupción de las piezas claves. Caninos, segundo premolar inferior, Terceros molares, -Espacio disponible en los 3 segmentos de ambos maxilares.
- 9) Telerradiografía: ángulo interbasal. Relación del plano oclusal funcional con el vértice del Ang. Interbasal. Incisivos con su basales (forma de estas). Angulo interincisivo.
- 10) En un trabajo anterior⁵ hemos presentado el protocolo que utilizamos y en el que está el listado de maloclusiones una vez consignadas todas las que tiene el paciente mediante el subrayado con un resaltador. En primer lugar, se coloca a la izquierda un número con el orden de importancia (jerárquico) y, a la derecha, la secuencia u orden en que vamos a proceder.

DISCREPANCIA HUESO-DIENTE FALTA DE ESPACIO

Comenzamos con la descripción de la operatoria de esta maloclusión, por tratarse de la más frecuente y la que posibilita la corrección de las demás (con las que se

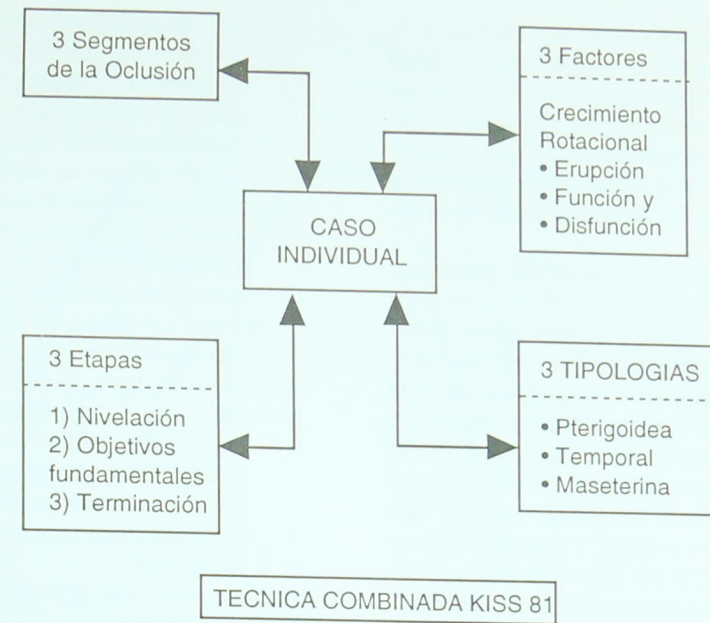


Fig. 1: KISS = Keep it simple Sir = Mantengan simple (la Biomecánica 3 x 3 x 3 (No tener en cuenta uno de los factores puede potenciar los errores)

combina) pues, aunque parezca una afirmación innecesaria, para mover dientes, primero hay que crear espacio.

Por ello una de las decisiones clínicas más importantes es de si se van a hacer extracciones: dónde y cuándo.

Otra de las consideraciones, es que la falta de espacio hay que diagnosticarla en los tres segmentos del arco dentario.

La prioridad máxima es la ubicación correcta de los caninos, que son el vínculo de los segmentos anteriores y laterales, así como el intermaxilar.

También es importante la ubicación espacial del primer molar; no por la intercuspa-

ción, sino que el fulcrum (primer contacto intermaxilar) debe ubicarse lo más al centro de la oclusión posible y hacia distal de los 6/6 (segmento posterior), pues así comienza la desoclusión en el plano lateral y frontal.

Se empieza a montar el aparato superior para tener espacio en las caras vestibulares inferiores para colocar los brackets.

SECUENCIA APARATOLOGICA EN EL MAXILAR SUPERIOR

- 1) Colocar alambre de separar para embandar 6/6.
- 2) Adherir los brackets de 54321/12345,

los brackets deben ser simples y lo más angostos posibles, la ranura (slot) debe ser de .022 x .028" y en los caninos sin dejar de ser simples (es decir no dobles) pueden ser más anchos por la razón que explicaremos al hablar de arcos seccionales de retrusión.

3) Ninguno de los brackets debe ser pretorqueado ni preinclinado. En cuanto a la altura en que deben adherirse, tomaremos el criterio vari-simplex, en el que la altura de referencia el centro de la cara vestibular de los 4/4 y en caso de extraerse la base, serán los 5/5. Los incisivos centrales van al mismo nivel, los 6/2/6 van 0,5 mm más bajos y los 7/7, 1 mm más bajos y los caninos 0,5 mm más altos. En la mandíbula, con respecto a los premolares, todos van 0,5 mm. más oclusalmente, mientras que en los caninos va 0,5 mm. más gingivalmente.

4) Banda en 6/6, por vestibular lleva soldado un tubo doble de .018 x .025 por palatino y se suelda el arco interno de 0,9 mm (.036"). No conviene en caja o cierre de inserción, pues interfiere en la oclusión. El diseño será (ver Fig. 2).

a) Un arco simple, transpalatino, cuando los fines sean únicamente el refuerzo del anclaje.

b) Diseño basado en las ideas de Marcotte, es decir se dirige hacia atrás, hasta la altura de los segundos molares donde rebate sobre el paladar hasta volver a alcanzar hacia adelante el cuello de los premolares desde donde sigue un diseño simétrico hacia el otro lado.

c) Simple de 0.9 mm con resorte digital elástico de 0.5 mm. soldado con soldadura protegida al arco principal, es resorte por objeto volcar hacia vestibular los 54/45, para los casos que en las cúspides vestibulares superiores impidan colocar los bracket inferiores y eventualmente puede servir para vestibularizar un canino en posición palatal.

d) Para los casos en que los dientes del segmento anterior 21/12 no deje espacio para la colocación de los brackets de los incisivos inferiores, se puede soldar (con soldadura protegida) al arco básico de la Fig. 2. un resorte en forma de corbata de 0.5 mm para protruir los incisivos superiores.

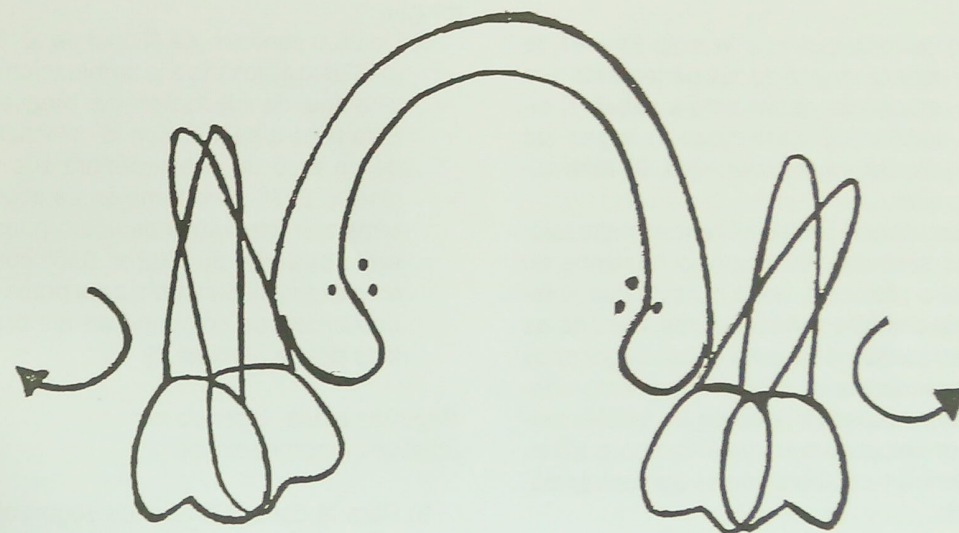
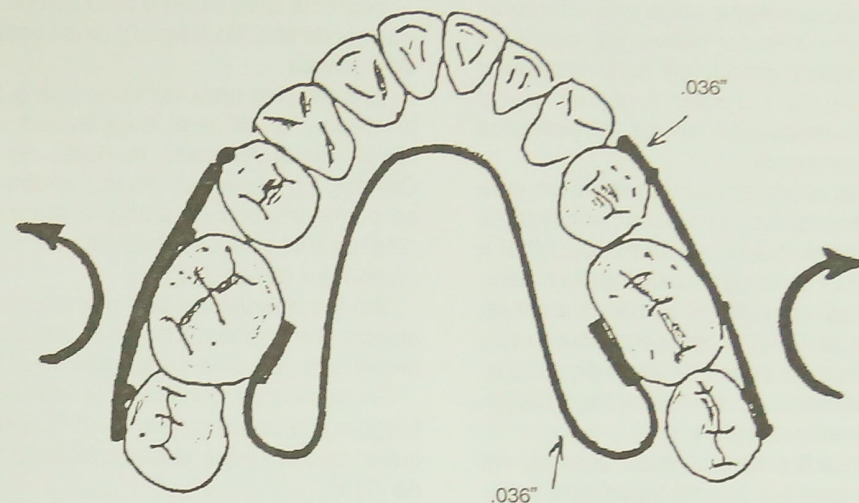
5) Embandar los 7/7 si es que están suficientemente erupcionados, con un tubo simple soldado de .018 x .025 que de ser soldado lo más oclusalmente posible evitando fuerzas extrusivas no deseables.

6) Se comienza el tratamiento activo con aparatología palatina, si es necesario, y tal como se describe en el punto 10, además de la instalación de arcos que trabajan desde vestibular.

Aquí conviene enfatizar uno de los criterios básicos de la biomecánica de la técnica Kiss 81:

EL TRATAMIENTO BIOMECANICO DEBE SER INTRASEGMENTARIO E INTERSEGMENTARIO SIMULTANEAMENTE

Es decir, que mientras corregimos problemas en los segmentos laterales o fronta-



les, simultáneamente tiene que usarse un arco tutor vestibular desde 7/7 que vaya conservando la morfología general del arco y que permita controlar cualquier efecto mecánico indeseable en los movimientos intrasegmentarios.

Por ello ahora es comprensible en este punto la necesidad de usar brackets simples de ranura (slot) ancha y profunda (.022 x .028) con 0° de torque que brinde la posibilidad de usar en el mismo slot dos alambres: uno tutor de 7/ a 7/7 y otro segmentario con usos múltiples a saber: refuerzo de anclaje, retrusor de caninos, movimiento segmentario de conjunto, etcétera.

El uso de brackets simples, además de sus otras ventajas (menor visibilidad, facilidad para el cepillado) reduce al mínimo la fricción para el uso de alambres dobles y para el deslizamiento.

Nivelación de brackets

7) Recordemos que la sigla Kiss 81 se refiere en una de sus partes a las tres etapas del tratamiento a saber: 1) nivelación y destrabado, 2) lograr los objetivos fundamentales, 3) terminación.

Esto no sólo tiene implicancias metodológicas sino que, tal como lo hacemos en nuestro protocolo, debe consignarse la fecha de comienzo de cada etapa, y una de las cosas que hemos aprendido con largos años de experiencia es que el tratamiento ortodóncico, especialmente en los adolescentes, es una carrera contra el tiempo, pues su paciencia y colaboración se agotan rápidamente.

El primer arco externo para colocar tiene que ser de alta flexibilidad y bajo coeficiente de deflexión.

El más apto para los casos de grandes discrepancias de nivel, es el llamado Nitino chino (en el mercado mundial, Symcron Ormco). En el caso de no poder obtenerlo, se comienza con un alambre redonde de .016" de Nicket-titanio (Nitinol) que funcione como tutor desde 7/a/7.

Sin los desniveles son grandes, se comienza con un coaxial de .015" que luego se reemplaza con un arco coaxial de .0175".

En los casos con basales divergentes (ángulo interbasal mayor de 30°) conviene que el arco continuo no deje de ser de Nitinol de .016".

Este criterio es tanto más riguroso cuanto mayor sea el valor de este ángulo y la tendencia a la mordida abierta (aquí se ve cómo la consigna Kiss 81 ayuda a vincular los factores causales biológicos a la aparatología).

8) Un arco continuo de Nitinol de .016 x .016" nos aproxima a la terminación de la etapa de nivelación de brackets. Esta llegó a su final con la colocación de un arco de canto preformado de .016 x .022", pero también es importante con una varilla de acero puesta en la posición de .022 x .016" como arco cinta (Ribbon arch) para probar la posibilidad de colocarla en los brackets desde 5/ hasta 15/.

Segunda etapa: logro de los objetivos fundamentales

9) Para la corrección de los segmentos

laterales, la corrección de los problemas que requieren movimientos transversales y verticales se manejan más convenientemente desde adentro con el arco palatino.

Como se puede ver, esta es una de las ventajas de tener en cuenta es el enfoque segmentario.

Dentro del conjunto de la integridad del arco, puede ser necesario ver el segmento lateral y posterior (765/ o 1567) en sentido palatovestibular siguiendo con la conformación armónica del arco; para ello esta técnica nos proporciona el recurso de solidarizar el segmento arriba mencionado mediante un trozo segmentario de arco vestibular que puede ser de .016 x .016 o mejor aún de .016 x .022 que, con el criterio de Hocevar y Schudy⁶⁻⁷, puede ser totalmente solidarizados por su ubicación en los brackets como un segmento de arco-cinta (Ribbon Arch) de .022 x .016 en acero. Figura 2.

Enfatizamos en la técnica Kiss 81 el rechazo al concepto erróneo de Arco Ideal, pues cada caso tiene sus características diagnósticas peculiares que pueden combinar un segmento lateral, que en vista frontal, tenga los ejes de premolares y molares inclinados hacia el plano sagital característica tipológica temporal, pero en el plano oclusal tiene características pterigoideas; segmento de elipse que, incluso, puede ser solamente unilateral y que podría ser corregido desde adentro, pues con el arco interno hay que dar al segmento lateral una forma más cuadrada, al mismo tiempo que se debe dar en algunos casos un toque radículo-coronario para poder dar una coherencia al conjunto del arco. (Fig. 3).

Esto incluye la posibilidad muy frecuente que esto se combine con una morfología pterigoidea en el segmento anterior (incisivos).

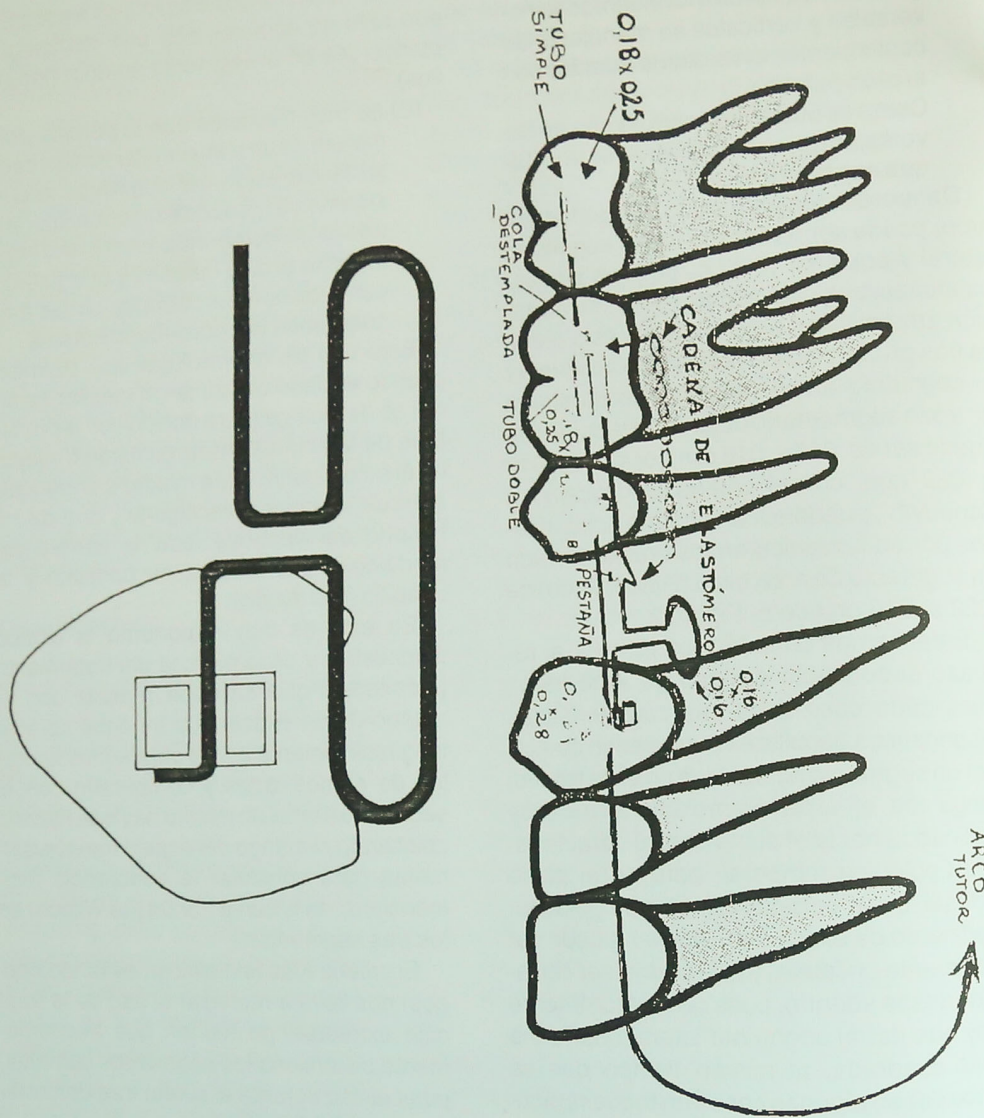
10) Es muy frecuente que la pérdida prematura de un primer molar inferior cause la extrusión del segmento lateral superior, a menudo esto es unilateral y trae una discrepancia en el plano frontal entre el lado derecho y el izquierdo con graves repercusiones en las articulaciones témporo-mandibulares.

Este tipo de aparatología nos permite, cuando el plano oclusal en el maxilar superior se descuelga (para decirlo con las palabras de Marcotte) unilateralmente trabajan en el arco palatino para ayudar a enderezar e intruir el molar "descolgado", que de no hacerlo así destruye toda la coherencia morfológica del arco en su conjunto y la relación intermaxilar.

En esto es muy importante la actitud diagnóstica y de la marcha del tratamiento (monitoreo) que se debe realizar con el mango de un espejo que se debe colocar longitudinalmente en los segmentos laterales de ambos lados y compararlo con el segmento frontal, lo mismo hay que hacerlo colocando el mango del espejo transversalmente para constatar la coherencia tridimensional de la curva frontal (de Wilson) en los tres segmentos.

El criterio Kiss (simplificar, evitando riesgos) nos lleva a rechazar el uso de la tracción extraoral tipo Klohen que frecuentemente distorsiona los segmentos laterales, pues el uso durante el sueño trae deformaciones unilaterales del arco.

11) Todas las activaciones que se hagan



en el arco palatino conviene hacerlas en el modelo y todos los cambios a realizar durante el tratamiento no hay que hacerlas intraoralmente sino que es conveniente descementar todas las veces que sea necesario.

Si se activa con un alicate de tres puntas, puede hacerse en cada lado del arco (en estos casos conviene que el arco sea de 0.8 mm), se colocan dos puntas del lado dentario y una punta orientada hacia la línea media. El movimiento será expansivo (unilateral) y distalador para el lado contralateral.

De todos modos en estos casos antes de recementar conviene probar colocando una banda en la boca y viendo donde va a parar la otra.

- 12) Para los casos en que los 6/6 necesiten un movimiento intrusivo, algo se puede lograr activando con la pinza de tres puntas el brazo horizontal del arco palatal, para lo cual se coloca una punta en la parte superior y dos en la inferior.
- 13) Para el segmento anterior, el objetivo fundamental es lograr una correcta relación canina, donde la cúspide del canino inferior deslice por la faceta mesial de la cara palatina y debajo del cingulum del canino superior.
Si la falta de alineamiento de los incisivos es muy ligera se puede lograr con un arco de Nitinol de .016 x .016", a veces ayudado con algo de Stripping (limado de las caras proximales de canino a canino).
- 14) Si el alineamiento no es suficiente por este medio, puede recurrirse a la utilización de asas verticales de .016" en

todos los puntos de contacto rotos de acuerdo con el método de Jarabak.

Pero salvo a que estemos frente a un caso de borde a borde o retrusión superior, el tratamiento de la falta de espacio en el segmento anterior, sin extracciones, resultará en la transformación de una maloclusión en otra (escalón anterior).

Por ello el apiñamiento si es algo más que ligero en el sector anterior y la suma de los anchos incisivos es de 32 mm. o mayor. Se hace necesaria la extracción de 4/4, con lo que el caso se simplifica al lograrse el espacio necesario sin los riesgos de crear momentos de fuerza difícilmente controlables y previsibles. Es más fácil cerrar espacios que abrirlos con el riesgo de la respuesta bioelástica de rebote (Principio Kiss).

- 15) El tratamiento con extracción de primeros premolares tiene como punto fundamental la retrusión de caninos. Se puede comenzar con este paso si es que la luz de este bracket está alineado con todos los brackets del sector lateral.

Si no es así, que es lo que sucede casi siempre, por ser el canino el último en erupcionar por la falta de espacio, hay que alinearlo con el resto de las piezas, lo que se hace con un arco coaxial de .0175" seguido con un arco de Nitinol de .016".

- 16) La cantidad de mm. necesaria de retrusión la podemos clasificar en:
 - A) Retracción mínima, cuando sólo se requiere 1 a 2 mm.
 - B) Retracción importante, cuando es mayor de esa cifra.
 El grado de retracción necesaria depende del apiñamiento u overjet del

segmento anterior.

- 17) Retracción mínima en este tipo de movimiento que no es mayor de 2 mm. Es sumamente importante chequear si este requerimiento es real para lo cual hay que llevar la mandíbula a relación céntrica y ver si el grado de Overjet no es mayor.¹⁴

El sistema mecánico a utilizar lo llamaremos movimiento dentario controlado (Marcotte), en el que la relación momento-fuerza en el centro de resistencia del canino creará en el ligamento periodontal una fuerza compresiva que producirá reabsorción ósea frontal y movimiento en paralelo. Para ello utilizaremos un sistema de fuerzas intrasegmentario para mover el canino y otro intersegmentario para controlar el movimiento de dicha pieza y mantenerlo dentro del arco.

El segmento de alambre intrasegmentario tiene aclaje en el 765/567 y está construido en acero de .016 x .022" y se coloca contra los dientes en que actúa, en tanto que el arco continuo de control intersegmentario que puede ser coaxial de .175" o preferiblemente redondo de Nitinol de .016" va colocado en el tubo inferior (o único de 7/7); en el tubo inferior de 6/6 y va por encima del retrusor intrasegmentario y ligado a los brackets de 5321/1235.

Enfatizamos lo imprescindible de usar este doble sistema por los grandes problemas que en otras técnicas como la bioprogresiva de ricketts crea la retrusión del canino, pero que casi siempre queda fuera de arco y sobre todo extruido.

El arco retrusor intrasegmentario que puede ejercer una fuerza de 300 gr. en la forma de activación que proponemos, está

construido en acero de .016 x .022", Fig. 4, y que va a ir en el tubo superior de los 6/6, debe estar destemplado ligeramente con la llama, del extremo posterior para que tenga la flexibilidad suficiente como para que una vez enhebrado en él el extremo distal del trozo de cadena de elastómero (Alastik gris) pueda ser rebatido en el espacio interdentario 76/67. A la altura del espacio de la extracción se practica una pestaña retentiva, con el alicate de Nance para fabricar stops, usado también para confeccionar ganchos Adams; primero se crea el ansa y luego se lo rebate hacia adelante con la segunda ranura tal como lo hacía Higley con su retrusor de ansas de Bull; esta pestaña servirá de enganche anterior al trozo de Alastik que en esta forma será una fuerza totalmente horizontal. Por mesial del gancho se construye un loop en T con la característica que muestra la figura, que el brazo anterior vertical es ligeramente más largo para compensar la diferencia de altura entre el tubo superior largo e inferior de los 6/6 inmediatamente por distal del bracket del 3/3. Y aquí se puede ver la importancia de el bracket, sea simple y ancho de .022 x .028" se marca el alambre y con dos alicates de Tweed para desvíos laterales; uno en cada mano; en el extremo mesial del arco segmentario retrusor se practica un movimiento de torsión de 90° (twist). Este sector queda transformado en un trozo de arco-cinta con gran fricción que al introducirse en el bracket del canino asegura que haya una fuerza puramente distal que lo lleve en paralelo. El extremo mesial se rebate en el borde mesial del bracket por lo que el agarre es mucho mayor.

El control vestibular del arco continuo-

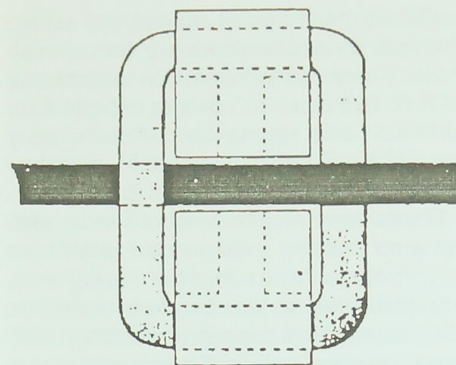


Fig. 6

tutor es complementado por el loop en T que limita la extrusión del canino.

- 18) Retracción importante del canino: Se basa en lo que Burstone y Marcotte llaman inclinación controlada del canino. Esta terminología se refiere a dos efectos que hay que combatir en la retracción del canino:

- La tendencia del canino a rotar sobre su eje, llevando el borde mesial hacia vestibular y el distal hacia palatino, que a veces es tan importante que puede llevar la cúspide hacia palatino.
- Tendencia a producir un mayor consumo de anclaje.

- 19) Para combatir el efecto (a) cuando el movimiento de retracción del canino es mayor de 3 mm. hay que modificar el sistema mecánico de retrusión. El arco segmentario se construye en alambre de acero de .016 x .016" y se modifica el sistema de agarre para que la ranura (slot) se emplee para producir un momento antirrotacional.

Tal como lo muestra la figura 5, el brazo vertical mesial se hace más largo para compensar la diferencia de altura de los tubos de 6/6 se hace un doblez hacia mesial para que el alambre pase por la ranura y luego por mesial del bracket y se rebate hacia incisal cortándose el exceso de alambre para poder ligar ambos arcos simultáneamente al canino. El canino se lleva hacia distal por la fuerza de la cadena elastomérica que va de distal del molar al gancho en pestaña anteriormente descrito. El canino se distala por la fuerza de la cadena elastomérica que va de distal del molar al gancho en pestaña anteriormente descrito. El canino se distala por volcamiento (tipping) pero con mecanismos de control de movimientos indeseables.

En cuanto al riesgo (b) de pérdida de anclaje es combatido por el uso del arco palatino y solidarizar el bloque del segmento posterior y lateral 765/567 con una ligadura en 8 de alambre de 0.3 mm. que los engarza con el arco tutor.

Aquí es donde se debe hacer un balance o negociación como lo plantea Proffit⁸ entre cuanto hay que retraer el canino y cuanto conviene que se mesialice el segmento posterior, para esto hay que emplear el criterio Kiss 81, Cuanto interviene el factor funcional: posición real de la relación intercanina y cierre del overjet en R.C.; ubicación del fulcrum en relación al ángulo interbasal y necesidad de curvas de compensación en el segmento posterior para desoclusión del lado contralateral.

- 20) Terminada la etapa de retracción del canino hay que pasar a la utilización de un arco continuo intersegmentario para enderezar el canino, esto se realiza

con un arco de .016 x .016", con un loop en caja (Boxspring) de Stoner llamado también loop cuadrado que, ligado a los 3/3, termina de enderezarlos y verticalizarlos. Existen en el mercado arcos preformados de .016 x .022" con 4 loops en forma de ojo de cerradura (en 3 tamaños: small, medium y largo), que provee "A Company", Johnson & Johnson y que tienen la ventaja de que además de enderezar el canino, cierra el espacio remanente.

- 21) Para la utilización del arco arriba mencionado puede ser necesario en este momento producir el distalamiento de los incisivos, en el espacio creado por la retracción canina, para ello se utiliza un alambre redondo de acero de .016" continuo intersegmentario en el que se construye un loop en pestaña para enganche de gomas ubicado por distal del segmento 21/12 (para su construcción ver en el punto 17, la formación del arco retrusor), las gomas retrusoras de los incisivos deben ser de clase II, pero cortas como lo recomienda Roth⁹; en el inferior hay que colocar colas de chancho (Pig tail) hechas en alambre de 0.3 mm. para el enganche de gomas en los premolares.

- 22) En este momento hay que tomar una decisión importante respecto del primer molar: si cambiar la banda por un bracket.

Primeramente hay que monitorear el segmento lateral, si es que no presenta problemas con el conjunto del arco y/o la relación intermaxilar.

Ello se hace con el mango del espejo colocado longitudinalmente y transversalmente y verificando la relación intermaxilar en R.C. Si existen problemas debemos recurrir a un arco segmentario lateral overlay que describiremos en el punto (), pues hay que usar uno de los tubos del 6/6.

Si este no es el caso se retiran las bandas y el arco palatino y luego de limpiar todo resto de cemento se adhiere en los 6/6 en su cara vestibular, sendos brackets dobles de incisivos centrales superiores de .022 x .028" sin torque ni inclinación. El lugar está regido por la inserción del arco continuo en el 7/7 pues sobre estos molares no debe ejercerse ninguna fuerza extrusiva y a su vez los 6/6 deben quedar "colgados" en el conjunto del arco, de manera que el fulcrum al ocluir se traslade al centro del segmento lateral. Y a su vez para que en la última etapa del tratamiento, cuando hagamos torque en los 7/7 y con el arco de .016 x .022, con el criterio Merrifield de anclaje 10 a 2 no tengamos problemas de desniveles de arco entre los tubos de 7/7 (cuya luz recordemos es de .018 x .025").

- 23) Tercera etapa: terminación: tenemos que dejar bien aclarado que cuando llegamos a esta etapa en el maxilar superior, ya está muy avanzado el tratamiento en la mandíbula y ya hemos hecho la decisión de si se van a extraer los 5/5 o no, de acuerdo con las posibilidades de cierre del overjet que nos permita el maxilar (ver para ello el artículo anterior).

La forma total del arco superior no conviene que sea demasiado puntiaguda, a la que tiende a volver a ser la tipología pteri-

goidea II I, pues un buen resultado estético se nota cuando el paciente se ve de frente (autoimagen del espejo) "mostrando dientes", esto lo enfatizan Lunström, Popovich y Woodside. Por ello resulta absurdo tomar decisiones basadas en el perfil (VYO), o sea que los caninos deben estar rectos para darle el máximo de espacio transversal en el segmento anterior para mostrar los incisivos.

Otra de las razones, es que tal como lo han demostrado Southart, Behrents y Tollen, el bruxismo produce un componente anterior de las fuerzas oclusales, que es tangencial a la forma del arco y que se disipa cuanto más cuadrado es este, en cambio cuando no lo es tiende a recidivar el apiñamiento anterior.

- 24) Cuando en el sector lateral o anterior queda una ligera rotación en el premolar o en incisivos se puede corregir con una ligadura de elastómero para separar dientes y se coloca por un lado debajo del arco y por el otro por encima, lo que crea una fuerza rotacional. Ver figura 6.
- 25) Si queda un espacio para cerrar entre el canino y el segmento lateral y para ello debemos mesializar este último segmento; tenemos en este caso que revertir el anclaje, pues el segmento anterior 321/123 pasa a ser el anclaje reforzado y para ello se hace el twist entre 53/35, de manera que el arco en el segmento anterior sea un arco-cinta de .022 x .016" con gran rozamiento y anclaje, en cambio en el sector lateral funciona como arco de canto de .016 x .022" con gran capacidad de desliza-

miento, con una cadena de elastómeros (tipo gris) se mesializan los 5/5 y se hace un nuevo arco cinta que incorpora a los premolares al bloque de anclaje y mesializa en la parte de canto a los 6/6 y se repite el procedimiento con los 7/7. Es decir, se sigue el criterio de Merrifield de ir del anclaje de 8 a 2 hasta el de 10 a 2.

- 26) Con radiografías intraorales del segmento lateral se comprueba si las raíces del sector lateral están paralelizadas. Si es que hay problemas se coloca un arco de .016 x .022" o en el caso de ser las fuerzas demasiado fuertes de .016 x .016" con el loop en ojo de cerradura o en T o a los arcos preformados con 4 loops en forma de ojo de cerradura que provee el comercio.
- 27) En el trabajo ya mencionado que hemos publicado, el arco convertible de cinta en arco de canto, permite trabajar en cada segmento del arco en forma distinta en el sector anterior y posterior puede actuar produciendo torque, mientras que en el lateral al actuar como arco cinta-adquiere el grado de flexibilidad necesario para producir movimientos vestíbulo-palatinos si es necesario, mientras que respecto de los movimientos de torque anterior y posterior actúa como anclaje.

La relación entre el sector anterior y el lateral, debe ser monitoreada continuamente con el mango de un espejo; pues es probable que una excesiva retrusión del segmento anterior (incisivos) de por resultado un plano oclusal superior cóncavo con un desarrollo posterior de extrusión anterior-

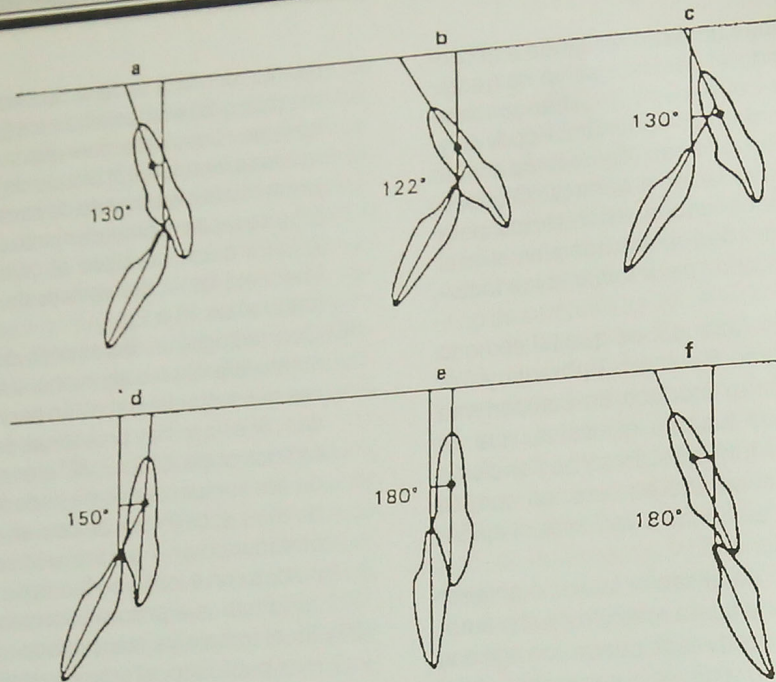


Fig. 7.

superior, difícilmente corregible y que puede producir un agravamiento progresivo de la mordida profunda. De constatarse una situación de este tipo, a veces es necesario extruir el premolar superior, que se puede hacer con una goma vertical en este momento.

Aquí es donde tenemos que referirnos a la necesidad de torque en la zona anterior.

28) Como principio general estamos convencidos que la necesidad de torque, su grado y sus limitaciones, no pueden preverse en un principio sino que deben evaluarse de acuerdo con las con-

diciones a las que se ha arribado en la tercera etapa del tratamiento (Terminación).³

Además, del monitoreo del conjunto del plano oclusal hecho con el mango del espejo, es conveniente en esta etapa tomar una tele radiografía en Relación Céntrica (sin ninguno de los trazados tradicionales).

Lo que importa es el Trazado de Tulley respecto de la estabilidad de la relación interincisiva; la sobremordida y el ángulo interincisal. Ver la figura. 7

La condición ideal de estabilidad lo que quiere decir que se minimiza la posibilidad

de profundización de la mordida en el largo plazo para el segmento anterior, está expresada en esta figura; la imagen (a) expresa la relación ideal para la estabilidad en el largo plazo; cabe aclarar que Zachrisson prefiere un grado mayor de volcamiento (125°), lo que va totalmente en contra de los tratamientos basados en el VTO.

Pero la condición mecánica que asegura la estabilidad de la sobremordida del segmento anterior es la relación entre el borde incisivo y su prolongación de la perpendicular al plano basal del maxilar (espinas nasal anterior, espinas nasal posterior). Esta línea debe pasar 2 mm. por delante del centroide o punto de resistencia de la raíz a todas las fuerzas ejercidas sobre los incisivos; en este sentido el límite máximo de estabilidad (uno de los puntos centrales del éxito en ortodoncia) lo expresa el esquema (b), pues pasando por el centroide permanece estable, pero la sobrerupción más allá del cíngulum no garantiza la recidiva.

Esto nos lleva a la necesidad de monitorear con papel de articular cual es el contacto en relación céntrica, si es más allá del cíngulum habrá que tratar de intruir los incisivos, y si ello no es posible habrá que recurrir al desgaste remodelatorio inferior (Zachrisson) y/o fabricar con una piedra de diamante de forma de cono invertido un cíngulum en RC. (Dawson).

El esquema (c) muestra la importancia crucial del overjet, que cuando es mayor de 6 mm. nos indica que la solución ortodóncica no quirúrgica se hace muy difícil. Los tratamientos sin extracciones aumentan el arco y dificultan la relación contactante indispensable para la estabilidad, pues el cen-

troide se coloca muy por delante, peor todavía si el incisivo inferior comienza por ser retruido (cuando nos basamos en el A-Pog (VTO). Muchas veces el pretorqueado aumenta esta mal relación aunque la apariencia estética sea agradable.

El esquema (d) muestra un resultado muy común de las retrusiones de los grandes overjets, que sólo se pueden obtener por volcamiento (por ello no hay que poner el pretorqueado desde el comienzo). En este momento de la etapa de terminación hay que cambiar los brackets de los incisivos (1/1) por brackets de .018 x .025", dobles y colocar un alambre de Nitinol de .016 x .016" para operar el torque en las piezas indispensables, pues los laterales casi no deben tocar en oclusión.

El ángulo de torque conveniente es de 14°, pues usar el de 22° significa el riesgo de reabsorciones radiculares, para ello es conveniente examinar en la imagen cefalométrica de la base apical superior en ese momento, y que la tabla palatina predisponga a estas reabsorciones.

El esquema (e) nos muestra que las mordidas cubiertas (tipología temporal) o las birretrusiones no necesitan torque sino volcamiento hacia adelante. Y el esquema (f) muestra que tampoco lo necesita y que las progenies en las que se cruzó el segmento anterior son estables de por sí, independientemente de su aspecto estético.

29) El arco terminal es de acero preformado de .016 x .022" que se deja todo el tiempo necesario para la fijación.

Se habrá notado que no nos referimos en este trabajo al tratamiento del inferior que ha sido descrito en un trabajo

anterior, y que vamos a completar con otro que se va a referir a las anomalías verticales y transversales.

Una vez pasado un plazo prudencial de estabilización, y si persisten problemas de interdigitación intermaxilar, especialmente en el sector lateral y posterior, se procede a cortar el arco superior por distal de los 3/3 si el arco inferior sigue con detalles a tratar se lo deja colocado trabajando. Se deja colocado el arco superior y los brackets laterales y posteriores y se colocan gomas intermaxilares verticales o de ligera Clase II o III lo más cortas posibles para evitar efectos secundarios.

30) Cuando estimamos que los resultados en el maxilar superior han sido alcanzados, retiramos toda la aparatología superior y colocamos un Hawley superior y puede ser que continuemos trabajando en el inferior hasta que terminemos con ello e instalemos el Hawley inferior.

RESUMEN

Continuación de un trabajo anterior, en los que se plantean los fundamentos de una técnica combinada en la que se simplifica al máximo posible la problemática biomecánica para el movimiento dentario para reducir los riesgos de error. Adecuándolo a las condiciones particulares de cada caso. La regla KISS 81 mantiene siempre presente los 4 grupos de factores que individualizan cada caso y permiten un monitoreo eficiente.

La utilización de brackets simples de .022 x .028" permiten la combinación de

diversos recursos vestibulares y palatinos y la utilización de las 3 órdenes de movimientos en el momento indicado sin basarse en predicciones cuestionables por la baja credibilidad de los recursos preprogramados basados en paradigmas no demostrados científicamente.

SUMMARY

This is the second part of an anterior paper with the fundamentals of a simplified, combined technic based in a safe biomechanic concept in order to avoid error risk. Conditioned to each particular case.

KISS 81 rule act as a remainder of the 4 factors groups which are the basis of causal diagnosis and make efficient monitoring control of occlusal variation.

Utilization of single brackets of .022 x .028" slot make possible labio-lingual procedures to produce three orders movements in appropriated moment, not based in preprogrammed resources, based in beliefs and paradigms with no scientific demonstration.

BIBLIOGRAFÍA

1. ZIELINSKY Luis. Técnica Combinada. Rev. del Ateneo Argentino de Odontología. V. 24; 1; 19-31 (1989).
2. ALEXANDER R. G. The Vari-Simplex discipline. J. Clinical Ort. Junio 1983; 380.
3. THRUROW R.G. Ortodoncia de Arco de canto. Ed Limusa, México 1988.
4. THRUROW R.G. Floydam, jetsam and teeth. Editorial de The Angle Orthodontist. Abril 1988, 98.

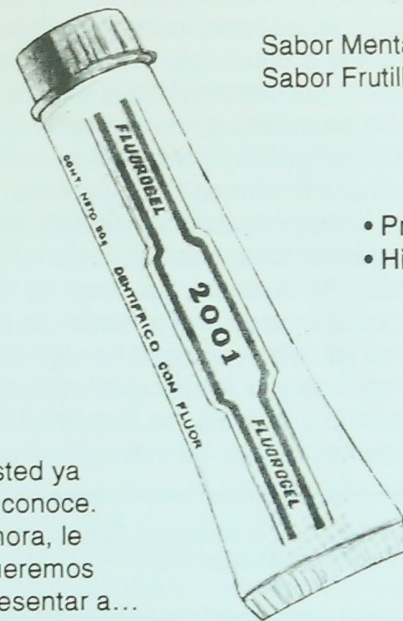
5. ZIELINSKY L. Protocolo sistemático para diagnóstico y tratamiento en Ortodoncia. Rev del Ateneo Arg. de Odontología V. 21; 3; 5; 1986.
6. HOCEVAR R. A. ¿Why Edgewise? A Compendium of means to gentle resilient fixed appliances. Am. J. of Orth. 80; 3; 237; (1981).
7. SCHUDY F. & J. The Bimetric Sistem. AJO. 67; 1; 57.
8. PROFFIT William R. Contemporary Orthodon-

tics. Ed Mosby 1986.

9. ROTH Ronald H. Mecánica del tratamiento por aparatos de Arco recto (en Graber & Swain ed. Panamericana. B. Aires 1988.
10. MARCOTTE Michael. Biomecánica en Ortodoncia Ed. Masson-Salvat 1992.

Dirección del autor
Charcas 3319 - 10º A
Buenos Aires

Fluorogel 2001

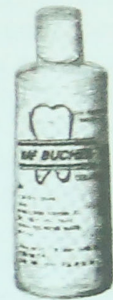


Sabor Menta
Sabor Frutilla

- Prevención
- Higiene

Usted ya lo conoce. Ahora, le queremos presentar a...

El enjuagatorio fluorado diario



Presentación del producto:
-Envase plástico de 200 ml.
-Tapa dosificadora de 10 ml.

Laboratorio NAF-SRL
Lamadrid 1263/5 - (CP 1653)
Villa Ballester - Tel.-Fax: 767-3910

La Estructura de la Profesión Odontológica y el Uso de los Auxiliares en América latina

JUDITH K. BARR*, CHARLES E. BARR**

INTRODUCCION

En América latina la prestación de servicios dentales se halla condicionada por una serie de factores: rápido crecimiento demográfico, afecciones generalizadas, escasez o mala distribución de los odontólogos y uso limitado de medidas de prevención. Si bien se ha admitido la necesidad de capacitar y contratar auxiliares como una forma de compensar estas deficiencias, los programas destinados a tal fin han despertado grados variables de adhesión y de rechazo. El presente informe analiza las características de la profesión odontológica en América latina, a la vez que explora la relación existente entre la estructura de la profesión y la capacitación y utilización de auxiliares dentales en varios países.

La naturaleza y la práctica de las profesiones liberales dan un marco a este tema. Toda profesión se define por un extenso período de capacitación teórico-práctico: autonomía, autogestión y control de su ejercicio; adquisición de estado legal por medio de la inspección y la entrega de licencias; una identidad y una cultura profesional y una conciencia de servicio del paciente que se basa en un código de ética¹⁻².

Además, la condición profesional suele ir acompañada de un aura de prestigio y la posibilidad de acceder a otras recompensas valiosas. Estos rasgos pueden interpretarse como dimensiones en un continuum de profesionalización,³ o como pasos en el proceso de profesionalización de una ocupación.⁴ El concepto de ocupaciones que se profesionalizan y la idea de que las profesiones pueden verse segmentadas por la acción de diferentes grupos que quieren asumir el control⁵⁻⁶ pueden servir para explicar diferencias de criterio entre miembros de una misma profesión con respecto a las ocupaciones que funcionan como soporte.

Las semi-profesiones⁷ siempre han estado subordinadas a las profesiones dominantes². No obstante, y a pesar de que en la práctica ocupan una posición de autoridad, estas últimas siempre han temido verse invadidas por las ocupaciones que se profesionalizan⁸. En los Estados Unidos, por ejemplo, tanto los médicos como los

* Department of Sociology, Rutgers University
** Beth Israel Medical Center

Trabajo publicado en Soc. Sci. and Med. Vol. 14-A: 107-111

odontólogos se resistieron en un principio al crecimiento profesional de los enfermeros y auxiliares⁹. En los casos en que este crecimiento se concretó, los médicos y odontólogos delegaron tareas secundarias y retuvieron el control sobre el diagnóstico y tratamiento¹⁰⁻¹².

Las características que acabamos de enumerar proveen el marco adecuado para analizar la estructura de la profesión odontológica en América latina y la utilización de personal auxiliar como un medio para atender las necesidades de la población.

LA PROFESION ODONTOLOGICA EN AMERICA LATINA

La mayor dificultad con la que se encuentran los profesionales es la falta de datos que ilustren el alcance de la enfermedad dental. Los estudios de nivel nacional son escasos¹³, pero el grueso de la evidencia parece indicar que "la enfermedad dental en esta región se caracteriza por una alta prevalencia de caries y enfermedad periodontal"¹⁴. En 1965-66, Colombia realizó una encuesta pionera de carácter nacional, que incluyó un informe sobre la morbilidad dentaria¹⁵. En una sub-muestra de más de 14.000 personas mayores de 5 años, se observó que el problema principal era la pérdida de piezas. El índice de prevalencia de la enfermedad era elevado: el 91% presentaba caries, el 89% tenía enfermedad periodontal y el 88% de los mayores de 15 años necesitaba en algún tipo de prótesis. Si bien estos resultados son exclusivos de la población colombiana, es de esperar que el panorama se agrave si nos trasladamos a otros países aún menos desarrollados. "A pesar de la variedad de programas sanita-

JUDITH K. BARR*, CHARLES E. BARR**

rios existentes en América latina, todo indica que se está lejos de satisfacer las necesidades de la población" [16, p. 210].

La prestación de servicios dentales está ligada a la oferta y distribución de odontólogos. Según los datos recogidos en 28 países americanos, existían 74.000 odontólogos para 220 millones de personas¹⁷. A pesar del aumento registrado en el número y la matrícula de las facultades, en la última década la razón de odontólogos por habitante se mantuvo estable¹⁷. Este total de 34 odontólogos cada 100.000 habitantes varía de manera notoria según el país de que se trate (ver Cuadro 1) (*). Y varía también a lo largo de un mismo país, ya que la mayoría de los profesionales se concentra en las zonas urbanas y las ciudades capitales¹⁴⁻¹⁷, un hecho que se repite entre médicos y enfermeras²⁶. En Colombia, el 78% de los odontólogos se repartía entre las tres ciudades principales; mientras tanto, en un estado rural había sólo tres profesionales para 100.000 personas²¹. En Chile, la situación era similar, ya que el 74% de los odontólogos había optado por ciudades con más de 100.000 habitantes²⁰. Si bien en Argentina se observó una proporción más equilibrada, algunas zonas rurales contaban con menos de seis odontólogos para atender a una población de 100.000 personas¹⁸. Esta desigual distribución de la fuerza de trabajo origina la existencia de grandes segmentos de población que no pueden acceder a un tratamiento odontológico.

(*) Nótese que la razón de médicos por habitante es igualmente baja en toda América latina²⁵.

CUADRO 1
CANTIDAD DE ODONTÓLOGOS POR HABITANTE EN ALGUNOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y ESTADOS UNIDOS.¹⁷⁻²⁴

País	Nº de odont. c/100.000 hab.
América latina	34
Argentina	53
Brasil	33
Chile	34
Colombia	13
Ecuador	15
Venezuela	20
Estados Unidos	50

Educación en odontología

La preparación para la carrera odontológica está a cargo de instituciones públicas (dependientes del gobierno) y privadas. En América latina existen 106 facultades de esta especialidad¹⁷. En la mayoría de los países, las normas para su funcionamiento son establecidas por los ministros de salud. Las facultades nacionales y estatales son creadas y financiadas por los gobiernos nacionales o federales, respectivamente, mientras que las privadas son creadas por los gobiernos estatales o locales. Si bien muchas instituciones ofrecen excelentes programas e instalaciones, muchas otras obtienen el permiso legal sin cumplir un mínimo de excelencia. Al obtener este permiso quedan facultadas para extender diplomas de odontólogo, pero no existen cuerpos acreditados que dicten normas y revisen los planes de estudio.

La Asociación de Facultades de Odontología de América latina fue fundada hace más de una década con el propósito de mejorar la calidad educativa. Aunque no

posee autoridad, este cuerpo ha servido como un ámbito de discusión y debate. Son temas recurrentes la falta de integración y coordinación entre las distintas materias de la carrera, los elevados costos del equipo y el instrumental, el predominio de planteles docentes part-time y la falta de programas de actualización para estos últimos^{19, 27}. Muchos cargos administrativos en las facultades han estado ligados al poder político de turno y han elaborado programas que se desmoronaron tan pronto como se produjeron cambios en el gobierno.

Los requisitos de ingreso son variados. En Brasil, por ejemplo, donde existen 56 facultades de odontología, "no hay un examen de ingreso uniforme, sino que cada facultad lo administra según su criterio"¹⁹. En general, las facultades de odontología tienden a escoger y capacitar a individuos que desde un punto de vista cultural, económico y social están por encima de la población que requiere asistencia dental¹⁷⁻¹⁹. Los planes de estudio suelen enfatizar el aspecto técnico y pierden de vista el "sentido social" de la profesión²⁷⁻²⁸. Así, los graduados de las facultades americanas son en su mayoría individuos que no están comprometidos con las necesidades de su gente y que se sienten inclinados a ejercer la profesión en las grandes ciudades.

Reglamentación de la práctica odontológica

En América latina, las normas que rigen el ejercicio de la profesión están menos especificadas y menos codificadas que en los Estados Unidos. Brasil y Colombia cuentan con una legislación que intenta regular el ejercicio profesional.²⁹ Mientras tanto, en

unos pocos países se aprobaron leyes que exigen la culminación de la carrera odontológica para comenzar a ejercer. En Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador y Venezuela, el único requisito es haberse graduado de odontólogo, ya que no se necesita ningún examen adicional para obtener la matrícula³⁰. En algunos países basta incluso con anotarse en los llamados "colegios"³¹.

En Colombia, debido a la presión de los legisladores nacionales, debió suspenderse ya varias veces la implementación de un proyecto por el cual se exigiría el título para ejercer. Las filas de la profesión se ven engrosadas día a día por el aporte de los odontólogos "empíricos", que carecen de una instrucción formal o no han completado los estudios universitarios³². Se estima que los "empíricos" superan a los odontólogos profesionales en un promedio de tres a uno³¹. (Según estadísticas oficiales²⁶, un cuarto de la población total y más de la mitad de la población rural eran atendidas por practicantes indígenas o trabajadores santiarios sin capacitación). La presencia de los "empíricos" es inevitable en un país donde existen necesidades contundentes y pocos odontólogos para satisfacerlas —la mayoría de ellos opta por las zonas urbanas— y donde los curanderos son moneda corriente, en especial entre los habitantes menos instruidos de las zonas rurales²⁶.

Mientras los "empíricos" contribuyen a aliviar la falta de personal entre los pobres, su existencia no hace más que resaltar la fragmentación de la profesión en América latina. Este fenómeno se expuso en el II Seminario Odontológico de Río, donde se hizo un llamamiento para "reglamentar el ingreso en la profesión y su posterior ejercicio"³³, p.31.

Patrones y condiciones de la práctica odontológica

Según los datos, los odontólogos se desempeñan en organismos gubernamentales y privados²⁷⁻³⁴. En Colombia, por ejemplo, más de la mitad de los odontólogos (53%) combina la práctica en consultorios particulares con tareas en instituciones públicas²¹; algo similar ocurre en Chile, con un porcentaje del 52% (*) frente a un 13% que se desempeña sólo en el ámbito público²⁰. Una estadística realizada con odontólogos colombianos reveló que el 90% del tiempo lo dedican a extracciones y operatoria dental²¹. Los odontólogos particulares suelen contratar los servicios de un mecánico, pero son pocos los que contratan asistentes e higienistas¹⁴.

Muchos profesionales ejercen con una modalidad *part-time* y la remuneración que obtienen es limitada²⁷. En 1969, el promedio de ingresos registrado en Colombia apenas sobrepasaba los \$ 4000 anuales, y sólo el 6% de los odontólogos percibía ingresos de más de \$ 8000 por año²¹. No sólo son bajos los ingresos, sino que además "la atención odontológica no ha sido considerada un servicio sanitario de prioridad ni por la gente ni por los gobiernos de la mayoría de los países de América latina"²⁷, p. 335.

Capacitación de auxiliares en América latina

En 1966, con el respaldo financiero de la Fundación Kellogg, la Organización Pana-

(*) Se observó un patrón similar en el caso de los médicos¹⁶.

americana de la Salud realizó un congreso en Brasil, al que fueron invitados representantes de 85 facultades de América latina. Allí se concluyó que uno de los mejores instrumentos para mitigar las necesidades de la población en materia odontológica era la capacitación y utilización de personal auxiliar.¹⁴ La escasa presencia de los auxiliares es atribuible a varios factores, que incluyen la falta de programas educativos, la falta de precisión en las reglamentaciones y la falta de claridad en la delimitación de las funciones.

Esta clase de capacitación ha estado a cargo de facultades y oficinas gubernamentales. Un estudio de la Organización Panamericana de la Salud reveló que en toda América latina existían solamente 27 programas de capacitación para todos los tipos de auxiliares.¹⁴ Los presupuestos eran bajos, y los odontólogos que asumían la dirección trabajaban por lo general, con una modalidad *part-time* y a menudo carecían de responsabilidad administrativa. Las diferencias en los requisitos de ingreso y los contenidos y extensión de los planes de estudio revelaban la falta de un organismo supervisor. Sólo uno de los países llevaba un registro de los asistentes dentales y sólo dos registraban a los higienistas dentales. Las funciones asignadas a los auxiliares variaban según el lugar de empleo, con una utilización a menudo inferior a su potencial completo. El uso de asistentes dentro del consultorio era limitado y aunque se comprobó que los higienistas prestaban servicios directos al paciente, esto ocurría sólo en 8 países de América latina, de los cuales 3 eran sudamericanos.¹⁴ En todos los casos, los auxiliares dentales tenían menos prestigio social y menores ingresos que las

enfermeras (**) y la mayoría (a excepción de los mecánicos) eran mujeres.¹⁴

Nuevos programas para los auxiliares dentales

Dadas las desbordantes necesidades de la población, la falta de personal especializado y la subutilización del personal existente en la mayor parte de América latina, resulta interesante analizar el desarrollo de programas educativos destinados a la capacitación y utilización de auxiliares dentales.

El primer programa de carácter oficial para la capacitación de enfermeras dentales se implementó en Colombia, en 1967. Impulsado por el Ministerio de Salud Pública y la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquía, en Medellín, este programa de dos años de duración tenía por objeto lograr que la enfermera llegara a realizar tareas sencillas de operatoria, delegándole así una responsabilidad antes reservada a los profesionales¹⁷, y que pudiera prestar servicios en zonas rurales en el marco de programas sanitarios patrocinados por el gobierno. Los primeros diez graduados de la experiencia piloto fueron contratados por el ministerio para realizar tareas asistenciales en la esfera pública y debieron renunciar a trabajar en consultorios particulares^{14, 29}. Como suele suceder con muchos emprendimientos en los países en vías de desarrollo³⁵, se carece de informes que documenten el alcance y los resultados del estudio. No obstante, dicho programa parece haber

(**) Lo mismo ocurre en el caso de los auxiliares médicos.¹³

crecido muy poco desde su inicio.

En 1971, el Ministerio de Salud de Ecuador creó un programa de "brigadas rurales", destinado a proporcionar cuidado dental y realizar tareas de prevención en zonas con déficit asistencial. El núcleo estaba constituido por un grupo de odontólogos y auxiliares que se ocupaban de desarrollar programas de tratamiento intensivos en zonas rurales, reclutando dentistas locales y entrenando indígenas para la función de auxiliares. Este grupo permanecía siempre en un mismo lugar, mientras las brigadas se desplazaban de un lugar a otro, capacitando gente y creando otros programas adicionales. El concepto original de "brigadas" rotativas ha cambiado, y el programa consiste ahora de "módulos" fijos que se establecen en las comunidades locales. Cada módulo está integrado por un odontólogo y dos auxiliares que se reclutan en la zona y aprenden a realizar tareas dentales sencillas. A partir de las siete brigadas que existían en 1972, en 1976 el programa había llegado a tener 159 odontólogos y 349 auxiliares repartidos en 159 módulos.²² Este aumento puede explicarse por la implementación reciente de un nuevo requisito que obliga a los graduados a prestar un año de servicio en algún programa sanitario del gobierno. Gillespie²² apunta que en los cinco años que lleva el programa se ha producido un "drástico aumento" en el acceso a la atención odontológica.

En 1969, el Ministerio de Salud de Venezuela puso en marcha un programa de cooperación con la Universidad de Zulia. Este proyecto piloto fue diseñado para satisfacer las necesidades específicas de atención en las clínicas de la comunidad, teniendo en

cuenta los distintos patrones culturales y demográficos.²² El éxito de este emprendimiento lo certifica el desarrollo de otros programas similares en todo el país. Con ayuda y financiamiento locales, para 1977 el Ministerio de Salud había puesto en marcha 57 programas rurales, con una participación de 795 odontólogos.²² El programa ha llegado a un punto de desarrollo tal que, en algunas zonas con déficit asistencial, los servicios de urgencia, prevención y tratamiento son prestados por auxiliares que se desempeñan como profesionales semi-independientes. Capacitados en programas universitarios, y bajo la supervisión de un odontólogo, estos auxiliares se desempeñan en centros satélites ubicados tanto en zonas urbanas como rurales. Por considerarse la situación ideal, se procura que los auxiliares ejerzan en la zona a la cual pertenecen. Cada año se capacitan alrededor de 30.³¹ Para graduarse, los estudiantes de odontología deben cumplir con el requisito de atender en algún programa local durante el último tramo de la carrera, lo que les posibilita entrar en contacto con estos trabajadores. (*) Un mayor interés de nivel nacional y las mejoras en inversiones para la salud dental de la población han dado por resultado el aumento de personal especializado, el desplazamiento de la práctica (más profesionales escogen las zonas rurales, hecho que equilibra la razón de odontólogos por habitante) y un aumento generalizado en la utilización de los servicios dentales.²²

(*) En muchos casos, esta experiencia cooperativa ha beneficiado la actitud de los estudiantes frente al personal auxiliar.

DISCUSION

En América latina, el desarrollo de programas para auxiliares dentales varía de un país a otro. Si bien existe cierta reserva con respecto al uso de personal auxiliar, sobre todo cuando se trata de consultorios privados y trato directo con el paciente, en algunos casos se ha logrado satisfacer parte de la demanda mediante la prestación de servicios y el envío de personal a las zonas con déficit asistencial. En Venezuela y Ecuador se han desarrollado programas que continúan en plena expansión, como lo demuestra el número de auxiliares capacitados, su desempeño en las zonas rurales y la redistribución de los lugares de práctica. Pero otros países americanos no cuentan con estos emprendimientos.

La clave parece estar en el grado de interés que muestren los gobiernos nacionales por trabajar junto a las autoridades locales para el desarrollo de los programas de capacitación. En aquellos países en los que se registró este fenómeno, fueron los ministros de Salud quienes tomaron la iniciativa, luego cooperaron con una universidad para desarrollar los programas y, conforme a las necesidades específicas de cada comunidad, crearon clínicas con la financiación del gobierno. No se necesitó el apoyo de la profesión organizada ni la legalización de la práctica auxiliar por medio de estatutos. En los Estados Unidos, cada estado legisla sobre la tarea de los auxiliares dentales³⁷ y a menudo interviene la profesión organizada^{38, 39}. Si bien existe poca evidencia sobre el impacto de la odontología organizada en el desarrollo de programas para auxiliares, todo indicaría que los odontólogos de América latina se han resis-

tido a capacitar y utilizar auxiliares dentales, del mismo modo que la profesión médica se ha negado a capacitar auxiliares médicos.²⁶ "Hasta ahora las asociaciones profesionales han adoptado una actitud pasiva en el desarrollo de nuevas alternativas asistenciales y en algunos países han llegado a manifestar una abierta oposición al uso de personal auxiliar" 17, p. 15.

Por un lado, América latina posee una estructura profesional relativamente frágil; las normas de capacitación no son uniformes y no existen requisitos de ingreso a la profesión ni leyes que regulen su ejercicio. Los odontólogos parecen carecer de mecanismos para proteger su dominio profesional, que les permitan al mismo tiempo dirigir programas o ejercer un control sobre la capacitación y utilización de los auxiliares en programas impulsados por el gobierno.

Por otra parte, dado que sólo un reducido sector de la población puede solventar los tratamientos particulares, los odontólogos que ejercen en este ámbito cuentan con una fuente de trabajo limitada. Y los auxiliares, en especial aquellos que saben realizar tareas antes reservadas a los profesionales, aparecen entonces como una amenaza. No es casual que en aquellos programas en los que intervienen los auxiliares, los mejores resultados se hayan obtenido (como en Venezuela) en las zonas rurales con déficit asistencial.¹⁶ Es claro que, de este modo, los auxiliares dejan de ser competencia para los odontólogos que ejercen en zonas urbanas donde los pacientes de clase media y alta pueden pagar sus honorarios.

En efecto, parece existir un sistema de dos clases en el cual los pobres o bien son atendidos por "empíricos" o auxiliares em-

viados por el gobierno o no reciben ningún

tipo de atención.¹⁷ Este sistema no hace más que acentuar las diferencias históricas entre clases en cuanto a enfermedad y utilización de servicios sanitarios.¹⁶⁻²⁶⁻⁴⁰ Si bien los "empíricos" y otros trabajadores indígenas prestan un servicio valioso en países como Colombia, el esquema de atención en América latina está conformado por elementos claramente identificables (y a veces superpuestos): los programas de gobierno y los servicios de caridad que "...atienden al grueso de los campesinos y los sectores urbanos subocupados, y el sector privado que atiende... a las clases acomodadas" 16, p. 20.⁶ Dado el aumento en los índices demográficos y la constante migración de los campesinos pobres a las ciudades, es de esperar que esta brecha en los servicios sanitarios se profundice aún más.²⁵

Frente a la escasez de recursos humanos, educativos y financieros que afecta a la mayoría de los países americanos, las enormes necesidades dentales de la población y las diferencias demográficas en la utilización de los servicios, es necesario implementar políticas que apunten a la consolidación de una fuerza de trabajo especializada. A medida que los gobiernos impulsan programas y la profesión responde a esos emprendimientos, debe procurarse también integrar a los auxiliares en la práctica privada. Los datos de que disponemos señalan que esta inserción laboral se ha producido con buenos resultados en algunos países. La aceptación de los auxiliares parece ser mayor en los segmentos de la profesión que ocupan posiciones académicas y gubernamentales y que tal vez apelen a estos recursos para retener el control de la profesión. Para comprender con mayor profundidad

este tema, será necesario que los países de América latina realicen un seguimiento sistemático y organizado, que permita componer un panorama claro acerca de la estructura de la profesión y los distintos emprendimientos para la utilización de una fuerza de trabajo variada.

RESUMEN

En la realidad de América latina, el alto índice de afecciones dentales coexiste con un número limitado de recursos que no alcanzan para satisfacer esa demanda. Analizamos la estructura de la profesión odontológica en un intento por comprender dicha situación. La falta de uniformidad en los programas de educación y la escasez de normas que regulen el inicio de la práctica contribuyen a delinear un bajo perfil profesional. En general, la profesión no se ha ocupado de prestar servicios ni de desarrollar programas en las regiones con déficit asistencial. A fin de aliviar la falta de personal, algunos gobiernos nacionales han tomado la iniciativa de crear programas de capacitación para auxiliares dentales. Los mejores resultados se obtuvieron en las zonas geográficas con baja población de odontólogos. El esquema para la prestación de servicios dentales parece estar constituido por dos clases: los auxiliares o trabajadores indígenas que desarrollan su tarea en las zonas rurales y los odontólogos que ejercen la profesión en zonas urbanas. Para comprender la utilización de recursos y los programas de capacitación impulsados en América latina, será necesario conocer primero algunos otros datos.

SUMMARY

Throughout Latin America, there is widespread dental disease and limited resources and trained manpower to meet these needs. The structure of the dental profession is examined in an attempt to understand this situation. Lack of standardization in dental educational programs and minimal regulations governing entry to practice are factors which contribute to weak professional identity. In general, the profession has neither provided services nor developed programs in underserved areas. In an attempt to fill the gap in dental manpower, some national governments have been most successful in terms of the numbers of auxiliaries being trained and in their utilization are government sponsored programs located in geographical areas where there are relatively few dentists. The pattern of dental services appears to be a two-class system with auxiliaries or indigenous workers serving the rural poor and dentists practicing in urban areas. A fuller understanding of dental manpower programs and utilization requires additional data from the countries of Latin America.

BIBLIOGRAFIA

1. GOODE W. J. The theoretical limits of professionalization. In *The Semi-professions and Their Organization* (Edited by Etzioni A.). Free Press, New York, 1969.
2. FREIDSON E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Dodd, Mead, New York, 1970.
3. GREENWOOD E. The concept of professionalization. In *Professionalization* (Edited by Voll-

- mer H. M. and Mills D.J.). Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1966.
4. WILENSKY J. L. The professionalization of everyone? *Am. J. Sociol.* 70, 137, 1964.
5. BUCHER R. and Strauss A. Professions in process. *Am. J. Sociol.* 66, 325, 1961.
6. ROTH J. A. Professionalism: the sociologist's decoy. *Sociol. Work Occup.* 1, 6, 1974.
7. ETZIONI A. (Ed.) *The Semi-professions and Their Organization*. Free Press, New York, 1969.
8. GOODE W. J. Encroachment, charlatanism and the emerging profession. *Am. sociol. Rev.* 25, 902, 1960.
9. MULLEN G. E. Why the duties of dental auxiliaries should not be expanded. *N.Y. State Dent. J.* 37, 218, 1971.
10. PELTON W. J. and MCNEAL D. R. Experience with a new delivery system for dental care. *Am. J. Med. Sci.* 7, 431, 1970.
11. RECORD J. C. and GREENLICK M. R. Non-health professionals and the physician role: a hypothesis from Kaiser experience. *Publ. Hlth Rep.* 90, 241, 1975.
12. BARR J. K. Task performance and consensus: the health associate role. *Soc. Sci. Med.* 13, 65, 1979.
13. PAREDES R. and Mejía A. The Colombian study of health manpower and medical education. *Milbank mem. Fund q. bull.* 46(2), 34, 1968.
14. GARZA S. J. Dental auxiliary utilization and education in Latin America. *Pan American Health Organization/World Health Organization Document No. HP/DH/3*, Washington D.C. 1970.
15. VILLA R.M., AGUALIMPIA M.C., Sánchez J. T. MORERA R.G. and QUIROGA W.R. *Estudio de Recursos Humanos para Salud y Educación Médica en Colombia: Morbilidad Oral*, Ministerio de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina, Bogotá, Colombia, 1971.
16. ROEMER M.I. Colombia health services in the perspective of Latin American patterns. *Milbank mem. Fund q. bull.* 46(2), 203, 1968.
17. BELTRAN R. and GILLESPIE G. M. CHANGING patterns in dental education in Latin America. *Int. Dent. J.* 27, 10, 1977.
18. Acto de fin de curso bienio 1965-66 de higienistas dentales. *Revta Sanid. milit. argent.* 66, 10, 1967.

19. SMITH L. Jr., MEIRA A. R. and DA SILVA M. Dental education in Brasil. *J. Dent. Educ.* 38, 151, 1974.
20. DE LA FUENTE RÍOS M., HAUVA M. A., CARRASCO A. B. and FLORES A. C. La profesión odontológica en Chile. *Educ. Med. Salud* 4, 187, 1970.
21. SÁNCHEZ J. T. MORERA R. G. and GOMEZ G.G. La profesión odontológica en Colombia. *Educ. Med. Salud* 4, 220, 1970.
22. GILLESPIE G.M. Dental care delivery in Venezuela (Chap. 9); Ecuador: A new model (Chap. 10). In *International Dental Care Delivery Systems* (Edited by Ingle J. I. and Blair P.). Ballinger, Cambridge, 1978.
23. MINISTERIO DE FOMENTO. Venezuela: Basic Information. Dirección General de Estadísticas y Censos Nacionales, 1971.
24. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, The Supply of Health Manpower, Bureau of Health Resources Development. DHEW Publication (HRA) 75-38, Washington D.C., December, 1974.
25. BEHM H., GUTIERREZ H. and REQUENA M. Demographic trends, health, and medical care in Latin America. *Int. J. Hlth Serv.* 2(1), 13, 1972.
26. BADGLEY R. F., AGUALIMPIA C., KASIU R. V., MEJÍA A. and SCHUTE M. Ullness and health services in Colombia: Implications for health planning. *Milbank mem. Fund q. bull.* 46(2), 146, 1968.
27. RESTREPO D. Dental activities of the Pan American Sanitary Bureau. *J. Am. Coll. Dent.* 35, 333, 1968.
28. DI PASQUALE C. B. Desencuentro social de la odontología. *Revta Sanid. milit. argent.* 69, 17, 1970.
29. Federation Dentaire International. Basic Fact Sheets, July, 1970.
30. Federation Dentaire International. Handbook of Regulations of Dental Practice, July, 1970.
31. GILLESPIE G. M. Personal communication. Regional Dental Advisor, Pan American Health Organization/World Health Organization, Washington D.C., 1978 and 1979.
32. RESTREPO D. Desarrollo de un instituto de recursos odontológicos en el departamento de estomatología. División de Salud, Universidad de Valle. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington D.C., 1978 and 1979.
32. RESTREPO D. Desarrollo de un instituto de recursos odontológicos en el departamento de estomatología. División de Salud, Universidad de Valle. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington D.C., October, 1973.
33. HILLENBRAND H. New horizons for dentistry in a changing world. *Quintess. Int.* 6, 1, 1974.
34. SARDI M. Experiencias de planeamiento y evaluación en la enseñanza de la clínica odontológica. *Acta Odontológica* 12, 22, 1974.
35. BENYOUSSEF A. and CHRISTIAN B. Health care in developing countries. *Soc. Sci. Med.* 11, 399, 1977.
36. BARR C. E. Principles and objectives of DAU instruction to dental students. *J. Dent. Educ.* 34, 215, 1970.
37. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Legal Provisions on Expanded Functions for Dental Hygienists and Assistants. Bureau of Health Resources Development, DHEW Publications (HRA) 75-21, Washington D.C., Revised July 19, 1974.
38. BARR J.K. Professional Resistance to Planned Change. Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, 1971. Unpublished paper.
39. DIBIAGGIO J.A. Comments on "Should Boards of Dental Examiners Assume a Role in the Regulation of Dental and Dental Auxiliary Education?" *J. dent. Educ.* 41, 171, 1977.
40. ROEMER M.I. Medical care and social class in Latin America. *Milbank mem. Fund q. bull.* 42(3), 54, 1974.

Traducción: Marisa L. Sensabastiano

Dirección de los autores:
360 High Street, Newark, NJ 07102, USA

Ortodoncia Quirúrgica y Transplante Dentario

Consideraciones a propósito de un caso con diez años de seguimiento

MARIO DANIEL TORRES, NESTOR J. BLANCO

La Ortodoncia Quirúrgica (O.Q.) y el Transplante Dentario (T.D.) son técnicas quirúrgicas aplicables como ayudas para la mejor erupción dentaria. Integran, con la eliminación de obstáculos, la liberación y la extracción dentaria, una gradación de maniobras de que se dispone para contribuir a facilitar la futura oclusión.

La táctica quirúrgica es la ciencia y el arte de elegir la o las técnicas adecuadas a cada caso, la posible interacción entre ellas, el momento oportuno para su aplicación, la relación interdisciplinaria; esto es la dinamización de los conocimientos técnicos en la producción del acto creativo de diagnosticar y planificar el tratamiento.

ORTODONCIA QUIRURGICA

Este concepto fue propuesto por Holland en 1955, y consiste en la movilización de un diente por medios quirúrgicos sin extraerlo, Sanders⁸ incluye a la O.Q. en el capítulo que denomina "reubicación activa".

Holland estableció cuatro pautas para su técnica: 1º, que haya suficiente o aceptable espacio en la arcada; 2º, que la pieza ubicada en posición no sufra traumatismo oclusal; 3º, que no haya cerrado el foramen apical; 4º, que el giro que deba desarrollar el diente sea menor de 90º.

La primera y la segunda condiciones de

Holland deberán ser de observación estricta cuando se ubica la pieza en el arco dentario en el mismo acto quirúrgico. En trabajos anteriores¹⁻² hemos cuestionado la cuarta condición entendiendo que son pocos los casos en los cuales esa amplia excursión puede ser compatible con la integridad pulpar que se pretende preservar a través de la tercera condición de Holland.

TRANSPLANTE DENTARIO

El T.D. es el traslado quirúrgico de una pieza, generalmente retenida, desde el lugar de la boca en que se encuentra hasta otro lugar que puede ser o no el que naturalmente le corresponde.

Sanders⁸ enumera diversos tipos de T.D.

1. *Autoinjertos* (T. autógenos, autogénicos o autólogos): de una parte a otra del mismo individuo.
 2. *Aloinjertos* (T. alogénicos): de un individuo a otro de la misma especie.
 3. *Isoinjertos* (T. isógenos o singénicos): entre mellizos idénticos.
 4. *Xenoinjertos* (T. xenógenos): entre distintas especies.
 5. *Transplantes ortópticos*: injertos que se colocan en el lugar en que estaban antes (reimplantes dentarios).
- Personalmente no tenemos experiencia sino en transplantes autólogos; es decir, en

dientes de la boca del mismo individuo.

Pueden transplantarse dientes totalmente formados o gérmenes dentarios. La diferencia básica entre el T.D. y la O.Q. es que, entre el abordaje y la nueva ubicación del diente, media su extracción.

RETENCION DE PREMOLARES INFERIORES

Kaban⁶ sostiene que son más frecuentes los premolares retenidos en la mandíbula que en el maxilar superior, y que en éste casi siempre se ubican en el paladar mientras que en la mandíbula lo hacen en la mitad de la cresta o en lingual.

Rolling⁷ indica una incidencia general de retención de premolares del 0,5%.

Sinkovitz y Tränkmann, mencionados por Andreasen³ dicen que la incidencia de retención del segundo premolar superior se halló entre el 0,1 - 0,3% y para la de premolares inferiores los valores fueron de 0,2 a 0,3%.

Hemos realizado un análisis de 2.000 historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía del Ateneo Argentino



Fig. 1.

MARIO DANIEL TORRES, NESTOR J. BLANCO



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.

de Odontología⁶, en las que se encontraron 879 piezas retenidas y 101 supernumerarios. La distribución de 879 dientes retenidos en 705 pacientes registrados, mostró que el grupo premolares se comportó de la siguiente manera: primer premolar superior, 1,9%; segundo premolar superior, 1,9%; primer premolar inferior, 1,5% y segundo premolar inferior, 6,1%. De acuerdo con los resultados obtenidos en el estudio, el segundo premolar inferior ocupa el cuarto lugar en frecuencia de retención, después del tercer molar inferior, el canino superior y el tercer molar superior.

CASO CLINICO

Paciente M.C., mujer de 11 años. Presenta ambos segundos premolares inferiores en posición distoangular (Fig. 1), con persistencia del correspondiente molar primario. Se resuelve realizar la ortodoncia quirúrgica en el lado derecho, con extracción del temporario (Fig. 2) y redireccionamiento del premolar para facilitar su erupción (Fig. 3). Suturas (Fig. 4). En la Fig. 5 puede observarse el resultado de la intervención en el postoperatorio inmediato, realizado en diciembre de 1982. En abril de 1983, se realizó el trasplante del segundo premolar izquierdo, previa extracción del molar primario, del premolar y su ubicación en el alvéolo (Fig. 6, 7 y 8).

En la Fig. 9 se observa la situación radiográfica de ambos lados con el progreso obtenido en el lado derecho a cuatro meses. Las Fig. 10 y 11, consignan las versiones clínica y radiográfica, respectivamente, de ambos premolares ubicados en oclusión.

En las Fig. 12 a 15, los controles clínicos y radiográficos a más de diez años.

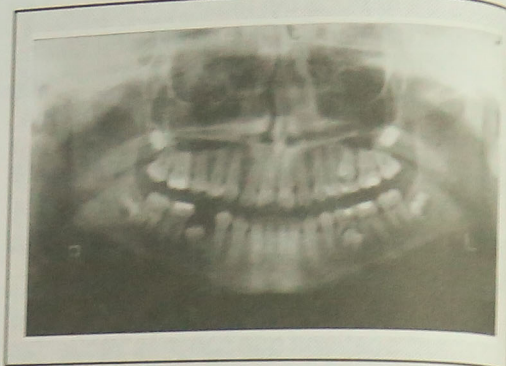


Fig. 5.

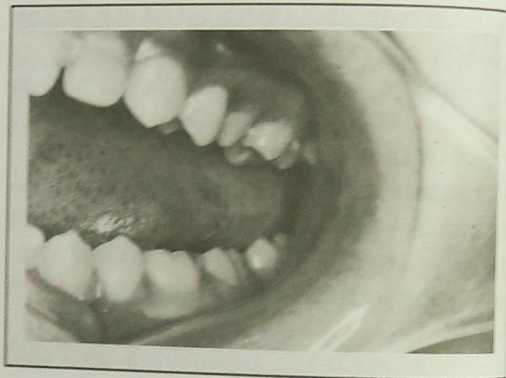


Fig. 6.



Fig. 7.



Fig. 8.

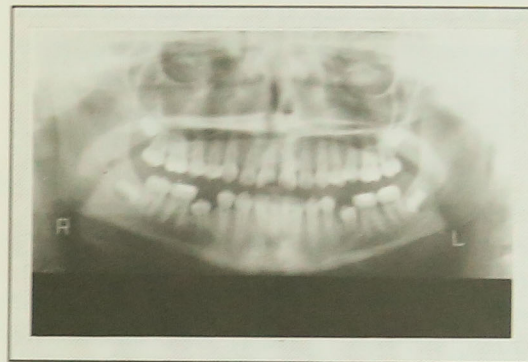


Fig. 9.

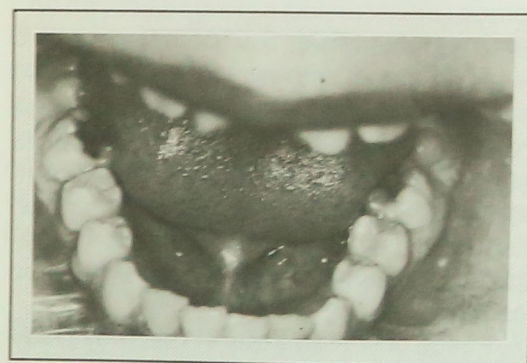


Fig. 10.

CONSIDERACIONES SOBRE EL SEGUIMIENTO POSTOPERATORIO

Andreasen³ analiza diversos aspectos del seguimiento postoperatorio de los trasplantes de premolares, con consideraciones de diversos autores.

La cicatrización del ligamento periodontal usualmente se completa luego de dos meses (Andreasen et al). De los 4 a 6 meses puede demostrarse sensibilidad pulpar, apuntando que cuando aparece la primera

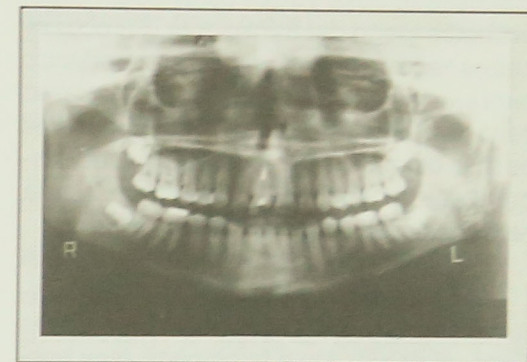


Fig. 11.



Fig. 12.

respuesta es habitualmente de nivel más bajo que el contralateral no transplantado. Cuando se produce necrosis pulpar se diagnostica en general de 6 a 8 semanas después del trasplante, con rarefacción periapical y/o reabsorción radicular inflamatoria, dolor a la percusión. Puede observarse *obliteración del conducto radicular* que se hace muy marcada 6 meses después del procedimiento. La *reabsorción radicular*, si la hay, puede ser diagnosticada de 1 a 6 meses. El *desarrollo radicular* puede ser demostrado después de 2 meses, y en ciertos casos se observó que continuó sin impedimentos luego del trasplante. En ocasiones es necesario el *movimiento ortodóncico* para ajustar los trasplantes, en especial en caso de premolares rotados. En tal caso, es posible utilizar fuerzas ligeras 3 meses después del trasplante, momento en que la revascularización pulpar es óptima.

El mismo Andreasen (1990), Kristerson (1985), Slagsvold y Bjercke (1974) han demostrado que el trasplante de premolares tiene un pronóstico a largo plazo muy bueno, en especial si se hace en el correcto estadio del desarrollo radicular.

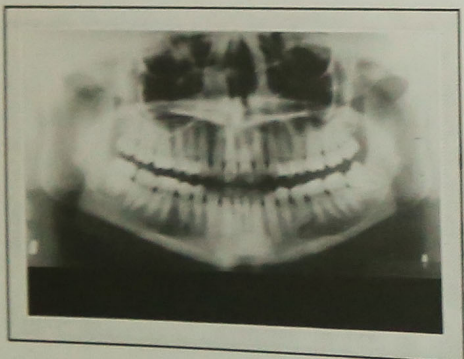


Fig. 13.



Fig. 14.

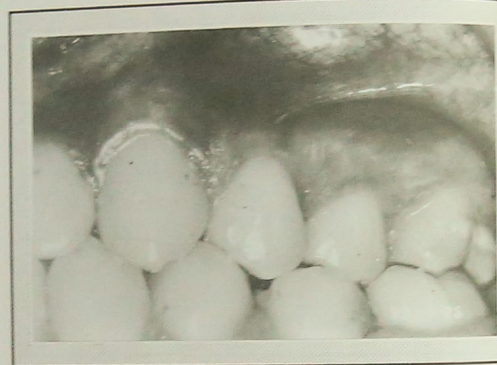


Fig. 15.

DISCUSION

El caso clínico presentado, con diez años de seguimiento, demuestra que, tal como lo señala la literatura, las acciones sobre premolares inferiores para facilitar su erupción tienen un muy buen pronóstico a largo plazo, si la intervención se realiza en tiempo oportuno.

Puede observarse que el desarrollo radicular ha sido correcto, lo que certifica la vitalidad de la pieza.

La cicatrización del ligamento periodontal se ha completado adecuadamente, y no aparecen signos de risolisis.

Es interesante señalar, tal como ha ocurrido habitualmente en nuestra experiencia, que los dientes transplantados en estado de gérmenes completan su calcificación con una raíz más corta que sus homólogos contralaterales. Pese a ello, aparece una ventaja del trasplante con respecto a la ortodoncia quirúrgica de premolares inferiores, en el sentido que pueden ser ubicados quirúrgicamente sin la rotación que usualmente presentan los que se ubican sin previa extracción.

RESUMEN

Se presenta un caso de retención de ambos segundos premolares inferiores en una niña de 11 años, resuelto con ortodoncia quirúrgica en un lado y trasplante en el otro. Tras un seguimiento de más de 10 años, se observa que las dos piezas han completado su calcificación, se ha formado su ligamento periodontal y no hay reabsorción radicular. Tal como la experiencia lo ha demostrado, en este caso se comprueba que los gérmenes transplantados desarrollan una raíz más corta que los ubicados sin extracción, y que pueden ubicarse sin la rotación que usualmente presentan los premolares inferiores redireccionados.

SUMMARY

An 11-year-old girl presented to the

appoint with both mandibular second premolars impacted, condition that was solved by means of surgical orthodontics on one side and tooth transplantation in the other. A follow-up of more than ten years revealed completion of the calcification process, formation of periodontal ligament and no root resorption. This case confirms that transplanted germs tend to develop a shorter root than those located without extraction, and that they can place themselves without the rotation characteristic of redirected mandibular premolars.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ A. F. y TORRES, M. D. Pautas clínico radiográficas en la movilización quirúrgica de caninos superiores retenidos. Rev. Círc. Od. Rosario 42 (4): 3-13.
2. ALVAREZ A.F., TORRES, M.D. y CHUDNOVSKY, A. Cirugía en alteraciones de la erupción dentaria; colaboración quirúrgico ortodóncica. Ortopedia Maxilar XIV: 16-30; 1978.
3. ANDREASEN, J. O. Reimplantación y trasplante en odontología. Ed. Médica Panamericana, Bs. As., 1992.
4. ANDREASEN J.O., PAULSEN H.V., YU Z., ALQUIST R., BAYER T. y SCHWARTZ O. A Long term study of 370 autotransplanted premolars Part I. Am. J. Orthod. 1990; 12: 3-13.
5. ANDREASEN J.O., PAULSEN H.V., YU Z., ALQUIST R., BAYER T. y SCHWARTZ O. A Long term study of 370 autotransplanted premolars. Part II. Am. J. Orthod. 1990; 12: 14-24.
6. KABAN, L.B. Cirugía bucal y máxilo-facial en niños. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill. México, 1992.
7. ROLLING S. Hypondontia of permanent teeth in danish school children. Scand J. Dent. Res.

1980; 88:365-69.

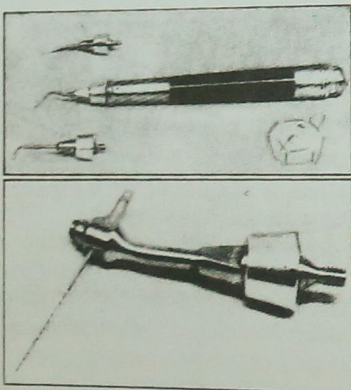
8. SANDERS, B. Cirugía bucal y máxilofacial pediátrica, Ed. Mundi, Bs. As., 1979.
 9. TORRES M.D. y JENSEN, C.E. Incidencia de dientes retenidos. Rev. Ateneo Arg. Odont vol. XXIV Nº 2: 29-34; 1988.

10. TORRES M. D. Apoyos quirúrgicos en la erupción dentaria. Tesis de doctorado. Universidad de Buenos Aires, 1986.

Sánchez de Bustamante 1789 - 7º A
 (1425) Buenos Aires.

ultratec neumático

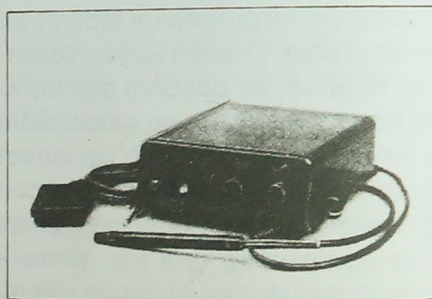
Limpiador sónico de acople Borden para periodoncia y endodoncia



Además, Pulidor a bicarbonato TAN-GO — Bombas peristálticas para Implantología (Imprescindibles) — Insertos para Ultrasonido — Insertos para Scalers — Equipos portátiles para odontología Ambulatoria.

ultratec 5000

Nuevo equipo de cavitación ultrasónica con comando en el gabinete y pedal interruptor



DYTEC

INDUSTRIA ARGENTINA

Service: Marcelo T. de Alvear 2149 - 1º "B"
 (frente a la Facultad)
 T.E. 822-5060 - Horario: de 10 a 17 hs.

El Raspaje y Alisado Radicular en la Terapia Periodontal

ALBERTO BUSTAMANTE, ISAAC RAPAPORT

Desde tiempos remotos se ha sostenido que la remoción de los depósitos duros situados sobre la superficie del diente denominado indistintamente sarro, tártaro o cálculo es el método adecuado para curar las enfermedades gingivales.

La experiencia había demostrado que los signos más evidentes de la enfermedad gingival; es decir, el sangrado, la supuración, el aumento de volumen de la encía, se reducían claramente, con lo cual el cuadro de la enfermedad mejoraba notablemente.

Sin embargo, esa mejoría no se manifestaba en el estado de los tejidos de soporte del diente, en la mayoría de los cuales el proceso de pérdida de inserción conectiva y pérdida ósea continuaba.

En la década del 60, hace poco menos de 30 años, comienza a hacerse referencia a la Placa Bacteriana (PB) o microflora bucal, a la que se adjudica el carácter de agente etiológico evidente de la Enfermedad Periodontal (EP).

Sin desmedro del ya señalado beneficio que aporta la eliminación de la PB supragingival para lograr un cierto mejoramiento de los signos clínicos de la gingivitis, quedaba en claro que, para obtener real salud periodontal debía agregarse la instrumentación mecánica subgingival, lo que habitualmente se conoce como Raspaje y Alisado Radicular.

Denomínase raspaje a la eliminación de los depósitos duros (cálculo) y blandos (PB) adheridos a la pared dentaria (esmalte y cemento) de la bolsa periodontal.

El alisado radicular es la acción mecánica destinada a eliminar el cemento radicular expuesto a la luz de la bolsa, el cual, según se sabe, presenta cambio de diferente naturaleza.

CAMBIOS EN EL CEMENTO

Una vez iniciada la formación de la bolsa, la superficie cementaria, sometida a la acción de los variados componentes contenidos en el interior de la bolsa, sufre alteraciones de índole estructural, química e infecciosa.

El cambio estructural más notorio se produce como consecuencia de la lisis de las fibras periodontales insertadas en el cemento, al destruirse las fibras quedan oquedades en la pared radicular que son rápidamente ocupadas por los microorganismos y sus productos de elaboración, a lo que se agrega, además, un irregular reblandecimiento cementario con posibilidad de desmoronamiento del tejido.

También puede consignarse la existencia -vistas al microscopio óptico- de algunas zonas oscuras denominadas gránulos de Bass y Benson, cuya composición es aún

controversial, aunque se aceptaría que se tratase de depósitos de lipopolisacáridos de origen bacteriano. Estas formaciones se ubican en diferentes profundidades del cemento, inclusive en las inmediaciones de la dentina.

En la observación microscópica pueden hallarse, también, reabsorciones lacunares; es decir, áreas de reabsorción cementaria que dejan al descubierto canalículos dentinarios, igualmente ocupados por microorganismos.

Por último, cabe señalar que la superficie radicular sufre cambios químicos, entre los que pueden notarse la presencia de toxinas bacterianas en distinto grado de profundidad del cemento y modificaciones en el contenido en calcio y fósforo (hipermineralización).

De lo expuesto resulta evidente que el tratamiento de la EP debe contemplar inexcusablemente la transformación de esa superficie cementaria infectada y con toxinas en otra, libre de ellas. Ese es, precisamente, el objetivo del Raspado y Alisado Radicular (R y AR).

Cabe, pues, a esta altura, preguntarse ¿es posible lograr este objetivo? Y, en caso de serlo ¿es posible lograrlo en todos los casos?

El R y AR es un procedimiento que presenta dificultades debido, principalmente, a dos hechos:

- Se realiza "a ciegas" o, dicho de otro modo, "a cielo cubierto".
- Se efectúa sobre superficies con irregularidades tales como grietas, fisuras, depresiones y en zonas anatómicas de difícil abordaje instrumental (furcaciones, defectos óseos).

La efectividad del R y AR disminuye a

medida que aumenta la profundidad de la bolsa. Caffesse et al. informaron una eliminación de los depósitos del 83% tras el R y AR en bolsas de 1 a 3 mm, cifra que se reduce a un 43% en bolsas de 4 a 6 mm y a un 32% en bolsas de más de 6 mm.

Sin embargo, la experiencia clínica muestra que igualmente puede lograrse una mejoría visible en la gran mayoría de los casos, de lo que podría colegirse que existiría un rango de limpieza incompleta que es compatible con la salud periodontal.

No existe aún una explicación convincente a este hecho, aunque podrían conjeturarse dos factores causales:

- La PB residual sería ahora fácilmente controlable por la respuesta del hueso ped.
- Lo que se observa sobre la superficie radicular post R y AR no serían, en realidad, acúmulos bacterianos sino restos de fibrina y "debris".

RESPUESTA CLINICA Y MICROBIOLÓGICA POST R Y AR

Poco después de la realización de un R y AR correctos, acompañados por un adecuado programa de higiene bucal, se nota generalmente, una disminución de la profundidad de sondaje debido, en parte, a cierto grado de retracción gingival pero también, a una ganancia de inserción clínica.

Se trata de procesos que no actúan separadamente. La higiene bucal, iniciada antes del R y AR, y el propio tratamiento de la pared radicular van produciendo la reducción y gradual desaparición de los signos clínicos de la inflamación como el sangrado supuración, aumento de volumen, etcétera.

Al eliminar, mediante el R y AR los factores etiológicos de la enfermedad periodontal, la inflamación y toda su secuela histopatológica desaparecen, comienzan a producirse fenómenos reparativos -el más significativo de los cuales lo constituye la regeneración de las fibras colágenas- que devuelven a la encía un tono normal que dificulta la penetración de la sonda. Es lo que se denomina ganancia de inserción clínica.

Adviértase que se hace referencia a "ganancia de inserción clínica", es decir, el cierre de la bolsa por formación de un epitelio de unión largo. No se trata aquí de una "nueva inserción", lo que equivaldría a formación de nuevos tejidos que reemplacen a los que se han perdido.

La mayor reducción de la profundidad de sondaje se observa en los sitios más profundos, en las caras proximales y en las más inflamadas.

Un recuento de la población bacteriana post R y AR mostrará un viraje hacia una flora más compatible con la salud gingival: disminución de microorganismos Gram negativos, aumento de los Gram positivos y disminución de bacilos móviles y espiroquetas.

ELIMINACION DE TOXINAS

Como ya se ha señalado, el cemento radicular está embebido de endotoxinas bacterianas constituidas por lipopolisacáridos provenientes de la pared celular de las bacterias Gram negativas. Jones y O'Leary, han informado que las raíces de los dientes con EP presentan 146 ng (nanogramos) de lipopolisacáridos, mientras que el cemento de un diente sin EP sólo presenta 0.5 a 4.5 ng. Los mismos autores sostienen que con

el R y AR los niveles de endotoxinas se reducen a valores semejantes a los de un diente sano.

A la luz de todo lo expuesto parecería que el éxito del tratamiento periodontal está ligado a una eliminación total del cemento. No obstante, algunas publicaciones de los últimos años consideran que las endotoxinas bacterianas estarían sólo débilmente adheridas a la superficie radicular y que sería factible su eliminación mediante un cepillado no excesivamente enérgico o puliendo el cemento con tacita de goma y pasta de pulir.

El problema no está resuelto. Nuestra conducta terapéutica hasta el momento continúa siendo la eliminación de todo el cemento.

INSTRUMENTACION

El R y AR puede llevarse a cabo por medio de diferente instrumental:

- Manual (azadas tipo Morse, curetas, cinceles, limas).
- Ultrasónico (aparatos de cavitación).
- Rotatorio (piedras pequeñas de diamante de grano fino).

Cualesquiera de ellos, correctamente utilizado, brinda parecidos resultados clínicos aunque ninguno limpia totalmente la raíz, como se menciona más arriba.

La obtención de un resultado exitoso mediante el R y AR como procedimiento único puede conseguirse si logran aunarse varios factores:

- Bolsas no mayores de 5 mm de profundidad.
- Instrumentos adecuados y con filo apropiado (lo cual resalta la importancia de la afilación constante).

c) Habilidad profesional.

El R y AR es un recurso terapéutico exigente en la práctica dental. En bolsas de más de 5 mm el profesional deberá evaluar su habilidad para tal procedimiento y determinar la relación costo-beneficio para el uso de métodos alternativos, p. ej. cirugía periodontal.

R Y AR VERSUS CURETAJE

El criterio según el cual el curetaje; es decir, la eliminación del epitelio de la bolsa, epitelio de unión y granuloma periodontal que facilita la "nueva inserción" no ha sido científicamente probado. Los estudios que comparan R y AR con y sin curetaje no muestran diferencia.

El curetaje podría ser importante en el tratamiento de la Periodontitis Juvenil, entidad en la que se acepta que su agente causal, el Actinobacilo-Actinomyces-temcomitans (A.a.), se halla alojado en la pared blanda de la bolsa.

CONCLUSIONES:

El valor del R y AR sigue siendo decisivo en el tratamiento periodontal, sea como tratamiento único o como etapa preliminar de diferentes técnicas quirúrgicas. En este último caso, el R y AR previo permitirá disponer de una encía con menos edema, menor sangrado y un tejido más firme y menos friable haciendo posible, de este modo, el cumplimiento de los objetivos esenciales de toda cirugía periodontal; es decir, la visibilidad y la accesibilidad.

Desde luego, en cualesquiera de los dos casos, el éxito del tratamiento peri-

odontal estará asociado a una correcta higiene bucal y a un programa adecuado de mantenimiento.

SUMMARY

Both R and AR continue to play a decisive role in periodontal therapy, either as a unique treatment or as a preliminary step in different surgical techniques. In the last case, the initial R and AR will bring about a gingiva with less edema, less bleeding and less friable tissue, thus fulfilling the requisites essential to every periodontal surgery, i.e. good access and visibility.

In any case, obviously, the success of the periodontal treatment will be largely determined by a good oral hygiene and an adequate maintenance programme.

BIBLIOGRAFÍA

1. ARMITAGE G. and CHRISTIE T.M.: Structural changes in exposed human cementum. Light microscopic observation. J. Periodont. Res. 1973, 8: 343-355.
2. ARMITAGE G. and CHRISTIE T.M.: Structural changes in exposed human cementum. Electron microscopic observation. J. Periodont. Res., 1973, 8: 356-360.
3. ALEO J. J., DE RENZIS F. and FARBER P.: The presence and biologic activity of cementum-bound endotoxin. J. Periodont, 1974; 5: 672-675.
4. ADRIAENS P., DE BOEVER J. LOESCHER W.: Bacterial invasion in root cementum and radicular dentin of periodontally diseased teeth in humans. J. Periodont. 1988, 59: 222-226.
5. BADERSTEN A., NILSENS J. and EGELEBERG J.: Effect of the non-surgical therapy. Single instrumentation vs. repeated instrumentation. J. Clin. Periodont. 1984, 11, 114-124.
6. BLÖMLÖF L., FRISKOPP J. and APPEL-

GREN R.: Influence of the granulation tissue, dental calculus and contaminated cement in the healing of the periodontal wound. J. Clin. Periodont. 1989, 16: 27-37.

7. ECHEVERRIA J. J. and CAFFESSE R. G.: Effect of gingival curettage when performed 1 month after root instrumentation. A biometric evaluation. J. Clin. Periodont. 1983; 10: 277-286.
8. CAFFESSE R. G., SWEENEY P. and SMITH B.: Scaling and root planing with or without a flap surgery. J. Clin. Periodont. 1986; 7: 936-940.
10. JONES W. and O'LEARY T.: The effectiveness of in vivo root planing in removing bacterial endotoxin from the root of periodontally involved teeth. J. Periodont. 1978; 7: 337-342.
11. LÖE H., THEILADE E. and ELLEGARD A.: Electron microscopic evidence of a cellular attachment between junctional epithelium and dental calculus. J. Periodont. 1973; 8: 143-150.
13. NYMAN S. WESTFELD E.: Diseased root cementum role in the post treatment. Healing in periodontal disease. J. Clin. Periodont. 1988; 15: 464-468.
14. O'LEARY T. AND KAFRAWY A.: Remnant subgingival calculus effect in the flap post-surgery healing. J. Periodont. 1988; 3: 210-215.

MATERIALES CONFIABLES

Vaicrón®

acrílico para dentaduras

VAICEL

acrílico para reparaciones

VAICEL CORONA

resina para puentes y coronas

Además lacas, removedor, separador y ceras

productos de

Vaicril
S.A.

Campaña de Información Sobre el SIDA: el Lugar de Trabajo Como un Ambito de Educación Promisorio*

JUDITH K. BARR, JOAN M. WARING,
LEON J. WARSHAW

Los esfuerzos educativos referentes al SIDA incluyen campañas públicas, mensajes de prevención difundidos por los medios gráficos y visuales y programas que apuntan a los grupos considerados de riesgo por su exposición al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Si bien se han producido cambios favorables con respecto al manejo de información, las actitudes hacia los enfermos y conductas de riesgo,¹⁻⁴ existe aún una franja considerable de la población que adopta actitudes negativas hacia aquellos que están o tienen probabilidades de estar infectados.²⁻⁵

En el lugar de trabajo dichas actitudes pueden originar conflictos y problemas relacionados con la discriminación. El medio industrial ha alentado a los empleadores a revertir esta situación por medio de la implementación de programas educativos.⁶⁻⁹ Además de reforzar el mensaje preventivo, estos programas tienen por objeto mitigar la ansiedad y los temores sobre el contagio por contacto casual y evitar que caiga un estigma sobre las personas infectadas o aquellas con riesgo de serlo. (Muchos de los programas están dirigidos al personal que se desempeña en el área de salud, dado el contacto inmediato con enfermos de SIDA.¹⁰)

El porcentaje estimativo de compañías que han organizado algún tipo de actividad asociada al SIDA varía, según los estudios, entre un magro 10% y más del 50%.¹¹⁻¹⁵ (Esta significativa diferencia parece reflejar la diferencia de envergadura de las empresas escogidas.) En general, las más propensas a desarrollar programas educativos son las grandes empresas y aquellas que han tenido algún caso de SIDA en su plantel. Las actividades de tipo "pasivo", como la distribución de bibliografía, son más frecuentes que los programas con disertantes, proyección de videos y debate.

Poco se sabe acerca de la opinión de los empleados frente a esta iniciativa. Un estudio reciente realizado en Kentucky reveló que los programas implementados en el lugar de trabajo aumentan los conocimientos con respecto al contagio.¹⁶ En una muestra aleatoria de adultos activos en Georgia, se encontró que en aquellas empresas donde los programas eran más amplios los empleados mostraban mayor "nivel de comodidad" con respecto a los compañeros infectados.¹⁷

* Publicado en *Journal of Occupational Medicine*, Vol. 33, 2:143-7 Feb. 1991.

JUDITH K. BARR, JOAN M. WARING, LEON J. WARSHAW

Esta investigación, que forma parte de un estudio más extenso,¹⁸ busca indagar el grado de respuesta obtenida por los programas sobre SIDA impulsados en el trabajo; analiza el grado de aceptación para cada uno de ellos y los compara con otras fuentes de información.

METODOS

En el otoño de 1988, se enviaron cuestionarios acompañados de una carta explicatoria a más de 7000 empleados del sector privado y 2000 empleados del sector público. La medida final de la muestra fue de 3460, con 2836 respuestas pertenecientes a ocho empresas privadas y 624 respuestas provenientes de cuatro oficinas públicas, lo que representa una tasa de respuesta promedio del 40% en un solo envío postal. Si bien no puede descartarse la posibilidad de una tendencia diferente en el grupo de los no contestantes, no se notaron diferencias entre los contestantes y el total de personal de cada empresa conforme al único parámetro de comparación disponible: la proporción de mujeres en la fuerza de trabajo.

Para el estudio se escogieron empresas que habían implementado ya algún proyecto educativo sobre SIDA, desde la simple distribución de bibliografía hasta la ejecución de programas más ambiciosos. Para definir el alcance de los programas se tomaron en cuenta tres dimensiones: 1) el tipo de actividades desarrolladas (proyección de películas o videos, debates con profesionales, distribución de folletería, servicio de asesoramiento individual o grupal); 2) la modalidad de asistencia obligatoria (dentro del horario de trabajo) o voluntaria y 3) la proximidad en tiempo desde su implemen-

tación. Las empresas estaban ubicadas en puntos geográficos distantes entre sí: la zona metropolitana de Nueva York, el estado de Nueva York, un estado de la zona centro oriental, un estado de la zona centro-occidental y una fuerza de ventas nacional. Las ocho empresas privadas pertenecían a tres grupos empresarios de los rubros farmacéutico, banquero y de comunicaciones. Las oficinas públicas incluían personal militar y civil que no se desempeñaban en el área de salud.

El objetivo del cuestionario fue sondear las fuentes de información sobre SIDA que manejan los empleados y en sus opiniones con respecto al valor informativo de las mismas, como parte de un estudio más extenso sobre conocimientos y actitudes. Al final de cada cuestionario se dejó un espacio en blanco para agregar comentarios, que fue utilizado por casi un quinto de los contestantes (18,1%). La magnitud de esta respuesta fue inesperada y constituye un punto sobresaliente del estudio. El análisis de contenido de los comentarios escritos por 627 contestantes de los doce lugares de trabajo arrojó un resultado de 814 comentarios, que se clasificaron en nueve categorías sustantivas.

RESULTADOS

Se comprobó que, en general, la fuente de información más consultada fueron los medios de comunicación, seguidos de familiares, amigos o colaboradores, el *Surgeon General's Report* (N. del T.) y los programas

(N. del T.) Se trata de un informe emitido por el inspector general de sanidad.

patrocinados por las compañías; menos utilizadas, en cambio, resultaron las fuentes profesionales: el médico personal, los especialistas en salud y las asociaciones locales de lucha contra el SIDA (Cuadro 1). Si nos concentramos específicamente en las cuatro fuentes de información provistas por las empresas (videos, debates, publicaciones y asesoramiento), podremos apreciar variaciones conforme al lugar de que se trate. El cuadro 2 muestra el nivel de participación en cada lugar, según el porcentaje que participó en tres o cuatro de las cuatro actividades y el promedio de participación de los empleados en las actividades propuestas por la empresa (de 0 a 4).

Como era de esperar, el porcentaje de participación estuvo relacionado de manera directa con el alcance de los programas implementados. Así, las cuatro empresas con más alto nivel de participación habían ejecutado un programa obligatorio, que contemplaba el uso de todos los materiales, dentro de los seis meses anteriores al estudio. En contraste, tres de los cuatro lugares con menor participación llevaban a cabo programas voluntarios; uno de ellos se había limitado a distribuir folletos; dos no realizaban debates ni proyección de videos; dos no contaban con servicio de asesoramiento y uno no se había ocupado de distribuir publicaciones sobre SIDA. Tres de los cuatro lugares que convergen en el centro; es decir, con una "moderada" participación, habían implementado programas de carácter obligatorio, pero no entregaban material impreso ni disponían de asesores. La participación de los empleados dentro de cada empresa, ya se tratase de programas de asistencia voluntaria u obligatoria, no presentó diferencias en los parámetros demo-

gráficos (sexo, edad y nivel de instrucción). La excepción estuvo dada por una oficina pública donde los graduados universitarios se mostraron más reacios a participar en tres de cuatro actividades que los empleados con menor instrucción ($X^2=5, 958$ $df=1$ $P<0,015$).

El próximo paso era establecer el valor informativo atribuido a cada una de estas fuentes. Entre aquellos que calificaron de "muy informativos" los programas en el lugar de trabajo, la mayor adhesión provino de los empleados de aquellos lugares con alto nivel de participación. En los sitios de baja participación, los empleados atribuían mayor importancia a los medios de comunicación y el *Surgeon General's Report* (Cuadro 3). En lo que respecta a estas otras fuentes de información, las opiniones eran más parejas en el resto de los sitios.

Si bien gran parte de los contestantes admitió haber recurrido a amigos, familiares y colaboradores para obtener información sobre SIDA, estas fuentes fueron tachadas de "muy informativas", por lo menos del 10%. La información brindada por los médicos fue así calificada por menos del 20% y, salvo en dos sitios, menos del 25% atribuyó esa calificación a las otras fuentes profesionales.

Escepticismo con respecto a la información.

El análisis de los comentarios arrojó datos reveladores, ya que puso en evidencia un gran escepticismo con respecto a la información que proporcionan las autoridades gubernamentales y científicas. De los 627 contestantes que completaron el espacio provisto al final del cuestionario, el 30%

Cuadro 1

Fuentes de información consultadas

Fuentes de información	% Total (n=3460)
<i>Medios de comunicación</i>	
—Televisión	95,3
—Diarios	95,8
—Radio	85,5
<i>Personales</i>	
—Familiares y amigos	81,7
—Colaboradores	76,4
<i>Surgeon General's Report</i>	
—Empresa	64,4
—Videos	61,7
—Debates	47,3
—Publicaciones	70,4
—Asesoramiento	18,5
<i>Profesionales</i>	
—Médico personal	42,6
—Especialistas en salud	32,0
—Asociaciones locales de lucha contra el SIDA	32,9

se mostró escéptico: más del 17% manifestó desconfianza hacia las autoridades científicas, el 5% alegó que los mensajes de los medios responden a intereses políticos y el 7% señaló que la ola de temor se propague a un ritmo más veloz que la información. La preocupación acerca del alcance real de los conocimientos y la fragilidad de la ciencia se vio reflejada en comentarios como estos:

"A pesar de todas la declaraciones de los expertos, no creo que tengamos aún todas las respuestas."

"Aunque repitan una y otra vez las vías de contagio, hasta que no haya pruebas contundentes (como en el caso de los mosquitos) no voy a confiar en los científicos."

Varios de los contestantes hicieron refe-

rencia a otros casos clínicos que alcanzaron notoriedad, como el de la talidomina, el polvo de asbesto y el dietilstilbestrol, para ilustrar su postura de que "No me gustaría enterarme dentro de diez años que el SIDA sí se contagia por dar la mano". Otros señalaron que mucha de la información que llega al público apunta sólo a mitigar los temores y a evitar que se genere una ola de pánico, con un escepticismo que los lleva a afirmar que "se sabe mucho más de lo que se dice". En los casos extremos, se llegó a dudar de la legitimidad de los "talleres y seminarios..."

El empleador como vehículo de información

En aquellas empresas donde se realizaron programas intensivos, no sólo se recogieron opiniones favorables, sino que además los empleados manifestaron su deseo de obtener más información a través de los empleadores. En todas las empresas, salvo en una, el 50% estuvo de acuerdo con el enunciado "La empresa tendría que darme información sobre SIDA". Este concepto recibió una particular adhesión en las cuatro oficinas públicas, con porcentajes del 71%, el 73%, el 80% y el 81%, respectivamente. Los empleados que declararon no tener "el acceso suficiente a información confiable sobre el SIDA" eran más propensos a demandar esto de sus empleadores; esta relación fue significativa en los 12 sitios escogidos (los coeficientes de correlación oscilaban entre -0,204 y 0,359; $P<0,0001$ a $P<0,02$ en uno de los lugares).

DISCUSION

Los resultados del estudio señalan tres

hallazgos importantes: 1) el aprovechamiento del material educativo fue mayor en los sitios con programas intensivos; 2) el valor asignado a estas actividades era mayor en los sitios con programas más intensivos y mayor nivel de participación y 3) los empleados deseaban obtener más información de sus empleadores, en especial en aquellos sitios donde los programas eran más limitados.

El mayor nivel de participación registrado en los programas más intensivos parece obedecer al carácter obligatorio de la asistencia; se realizaban dentro del horario de trabajo, y si bien todos los empleados estaban invitados, no se aplicaban sanciones a los ausentes. Como comentó uno de los

asistentes, "es más fácil ir si todos tienen que hacerlo; de ese modo uno no siente que los demás lo miran y se preguntan por qué estará tan interesado." Esta obligatoriedad puede aplicarse también a la presentación de políticas. Y puede servir para transmitir al empleado una sensación de compromiso real adoptado por la empresa.

El alto concepto atribuido a los programas intensivos en el lugar de trabajo frente a otras fuentes de información y otros programas más limitados pone de relieve la importancia de asumir un compromiso que vaya más allá de las medidas superficiales, como puede ser la simple distribución de bibliografía. Un programa que incluye la proyección de videos, la oportunidad de

Cuadro 2

Participación en los programas por empresa

Lugar	n	% partic. en 3 ó 4 activ.	Puntaje por participación (0-4)	
			Media	SD
A	127	73,2	2,8*	0,9
B	136	69,1	2,9*	1,1
C	764	61,1	2,5	1,2
D	491	55,8	2,5	1,2
E	430	37,4	1,7	1,5
F	500	36,0	2,2	1,1
G	108	33,3	1,8	1,4
H	189	25,9	1,5	1,4
I	147	19,7	1,2	1,5
J	180	16,1	1,1	1,3
K	184	13,0	1,0	1,2
L	204	8,8	0,6*	1,1

* El puntaje medio arroja una importante diferencia ($P < 0,05$) con respecto a los otros lugares, excepto A y B que no difieren demasiado entre sí, conforme a la prueba de t post hoc de múltiple alcance de Duncan.

Cuadro 3

Ratings for Sources of AIDS Information by work Site

Information Sources	A (n=127)	B (n=136)	C (n=764)	D (n=491)	E (n=430)	F (n=500)	G (n=108)	H (n=189)	I (n=147)	J (n=180)	K (n=184)	L (n=204)
% of Users Rating Each Source "Extremely Informative"												
Media												
TV	33.1	27.8	29.6	27.9	29.1	24.9	23.5	34.1	42.6	23.8	25.8	29.1
Newspaper	25.5	31.8	40.0	41.6	35.7	39.0	29.7	51.9	39.8	27.0	37.4	44.6
Radio	9.9	3.5	5.6	5.5	3.2	7.2	8.5	10.6	11.0	6.7	10.6	7.3
Personal												
Family/friends	8.0	1.7	4.8	6.2	7.5	4.4	6.7	8.4	9.5	2.5	5.4	5.9
Co-workers	4.2	0.9	3.6	2.3	3.3	2.7	1.1	4.5	4.0	2.5	1.5	2.0
Surgeon General's pamphlet	45.6	50.5	55.6	52.4	44.8	37.4	37.1	44.0	41.0	32.0	51.1	40.7
Company												
Film	61.1	51.1	59.5	58.6	58.3	42.2	22.7	31.0	14.7	0.0	25.0	11.5
Discussion session	56.0	52.0	53.2	51.7	55.2	26.9	26.0	55.9	16.2	2.7	33.3	0.0
Publications	48.6	55.4	47.5	45.6	33.2	27.1	21.6	27.6	14.6	12.3	18.3	6.6
Counseling	*	*	28.5	29.3	30.8	13.3	*	*	*	*	*	*
Professional												
Personal physician	3.8	19.0	9.5	12.6	15.1	11.3	18.4	14.8	18.2	7.2	18.5	8.9
Health specialist	17.5	25.0	13.6	19.8	18.7	14.8	27.8	14.3	4.0	2.0	13.0	14.3
Local organizations	9.1	21.8	18.4	26.3	17.4	14.6	5.3	33.7	7.0	13.7	20.4	23.4

* Ratings not calculated because number of "users" is too small

interrogar a un médico acerca de las novedades y los descubrimientos, la distribución de material impreso y la disponibilidad de un servicio de asesoramiento tiene todos los elementos para llegar a un amplio espectro de empleados. Si bien el objetivo específico de este estudio no ha sido comparar la eficacia de los diferentes materiales, pudo comprobarse que los programas más intensivos resultaron más completos y creíbles y, en consecuencia, más valiosos para los empleados. Además, el trabajo grupal puede contribuir a reforzar el mensaje, ya que los empleados podrán continuar la discusión y fijar así los conceptos ya conocidos.

De algunos comentarios se desprende que estos programas gozan de un mejor prestigio que los medios de comunicación y las oficinas de salud pública. No obstante, en las empresas que se limitan a distribuir bibliografía, los empleados asignan más valor al *Surgeon General's Report*. La credi-

bilidad atribuida a la información que se obtiene en el lugar de trabajo concuerda con el deseo generalizado entre los empleados de obtener información a través de sus empleadores. Estos hallazgos confirman al empleador como un valioso vehículo de información sobre SIDA.

CONCLUSIONES

De estos hallazgos emergen varias implicaciones. En primer lugar, los empleados consideran a sus empleadores fuentes legítimas de información sobre SIDA. No obstante, si los empleadores van a asumir este compromiso, tendrá que ser a través de un programa "obligatorio" y multilateral que combine diferentes medios y elementos programáticos. En tercer lugar, si bien los empleados desean obtener información sobre SIDA en el lugar de trabajo, sólo darán una respuesta masiva si el programa está

bien diseñado. Por último, este estudio anticipa el próximo paso en los emprendimientos educativos referidos al SIDA: utilizar el lugar de trabajo como un ámbito de educación preventiva, especialmente apto para los empleados más jóvenes, a fin de disipar los miedos y revertir actitudes negativas hacia las personas infectadas con el VIH.

RESUMEN

Las opiniones de los empleados, con respecto a los programas sobre SIDA que se desarrollan en los lugares de trabajo, varían conforme a su naturaleza. Una encuesta realizada entre 3460 empleados pertenecientes a ocho empresas privadas y cuatro oficinas públicas reveló que valoran más esta información que la provista por otras fuentes. En este terreno, los hallazgos parecen indicar una valorización de los empleadores como vehículos confiables de información.

SUMMARY

Employee's evaluations of AIDS education in the workplace are related to the nature of the program sponsored by employers. A survey of 3460 employees in eight corporate work sites and four public agencies indicated that workplace programs are more highly valued by employees than are other sources of AIDS information where the programs are extensive. The findings suggest conditions under which employers can be valued as AIDS educators and credible sources of AIDS information.

Bibliografía

1. SINGER E, ROGERS TF. Public opinion and AIDS. *AIDS & Public Policy*. 1986; 1: 8-13.
2. DAVISON DA. AIDS knowledge and attitudes for July-September 1989. Provisional data from the National Health Interview Survey. N° 183. DHHS Pub. N° (PHS) 90-1250. Public Health Service. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; March 14, 1990.
3. BECKER MH, JOSEPH JG. AIDS and behavioral change to reduce risk; A review. *Am J Public Health*. 1988; 78:394-409.
4. MARTIN J.L. GARCÍA MA, BEATRICE ST. Sexual behavior changes and HIV antibody in a cohort of New York City gay men. *Am J Public Health*. 1989; 79: 501-503.
5. BLENDON RJ, DONELAN K. Discrimination against people with AIDS: The public's perspective. *N. Engl J Med*. 1988; 319: 1022-1028.
6. Citizen's Commission on AIDS for New York City and Northern New Jersey. Responding to AIDS: Ten Principles for the Workplace. New York: February 1988.
7. National Leadership Coalition on AIDS and National AIDS. Information Clearinghouse. AIDS and the Workplace: Resources for Workers, Managers, and Employers. Washington, DC: National Leadership Coalition on AIDS and National AIDS Information clearinghouse, 1990.
8. New York Business Group on Health. AIDS and the Employer: Guidelines on the Management of AIDS in the Workplace. New York: New York Business Group on Health, Inc., 1986.
9. New York Business Group on Health. AIDS and the Workplace: A Legal and Regulatory Update. Discussion Paper, Vol. 9, Suppl 2, May 1989.
10. Wertz, DC, Sorenson JR, Liebling L, et al. Knowledge and attitudes of AIDS health care providers before and after education programs. *Public Health Rep*. 1987; 102:248-254.
11. Mattlin, JA. The Impact of AIDS on Philadelphia Businesses: Final Report on a Study of Area Businesses and Their Response to AIDS. Prepared for the Philadelphia Commission on AIDS, Leonard Davis Institute of Health Economics, University of Pennsylvania. Philadelphia: Institute for Survey Research, Temple University, 1988.
12. Business Roundtable. A.I.D.S. Survey. Washington, DC: The Business Roundtable, 1989.
13. FORTUNE Magazine, ALLSTATE Insurance. Business Response to AIDS: A National Survey of U.S. Companies. New York: Time, Inc.; 1988.
14. BAYLESS P. AIDS at work in N.Y.: Fear, evasion, lawsuits. *Crain's New York Business*. 1989; March 20: 1.
15. HUMES S, MILLER RL, BARR J. et al. Survey of AIDS-related educational programs in the workplace. Paper presented at the annual meeting of the American Public Health Association, New York, October 1990.
16. FELDMANN TB, BELL RA, PURIFOY FE et al. Outcomes of AIDS training for supervisory and non-supervisory personnel in the work-place. *J Occup Med*. 1990; 32: 103-109.
17. HEROLD, DM. AIDS in the workplace: What Georgia workers are thinking. Paper presented at a conference on Managing AIDS in the Workplace, Georgia Institute of Technology, Atlanta, January 1989.
18. BARR JK, WARSHAW LJ. AIDS Education in the Workplace: What Employees Think. New York Business Group on Health, Inc., 1990.

Traducción: Marisa L. Sensabastiano

Señor ODONTOLOGO:

Usted Tiene un Problema
Ahora Tiene Solución

Llámenos: 582-6509. Pje. Villafañe 2141, Capital

Envíos al Interior.

LABORATORIO DENTAL JARDENT



Tratamiento de las Lesiones Paraprotética en Desdentados Totales Portadores de Prótesis Completas*

LUIS GUILLERMO CAPUTO, JORGE NORBERTO FERREYRA, JUAN RAMON FARINA, GUSTAVO RAUL MOLINA, GABRIELA ANDREA GARGIULO

El objetivo de este trabajo de investigación clínica es determinar en pacientes que presentan lesiones paraprotéticas, cuáles de dichas patologías pueden ser resueltas total o parcialmente con acondicionadores de tejidos o materiales resilientes, y cuáles deben ser tratadas posteriormente con cirugía correctora.

INTRODUCCION

La mucosa bucal en las áreas protéticas de los maxilares

En el mecanismo de la cicatrización post-exodóncica, la brecha ósea se cierra por la proliferación de la encía, que se prolonga sobre el alvéolo en reparación hasta cubrir definitivamente el reborde residual, adquiriendo los caracteres de encía adherente.

Esta porción gingival, extendida entre la mucosa bucal propiamente dicha y la encía marginal, posee características propias. Presenta un color rosa-pálido, es levemente rugosa, de consistencia muy firme y se adhiere sólidamente al periostio conformando así una verdadera fibromucosa.

Su epitelio estratificado es grueso, queratinizado y el corion presenta haces de fibras colágenas densos y numerosos con muy pequeña participación de fibras elásticas. La submucosa está poco diferenciada

y la cantidad de tejido glandular es escasa o nula.

Esta encía adherente es la que ha de recubrir los rebordes residuales, y para que sea óptima a los fines protéticos, debe ser inmóvil y de firme adherencia al hueso. Por el contrario, el resto de la mucosa bucal presenta en su corion fibras elásticas muy abundantes, con escasos haces colágenos recubiertos con una delgada capa de epitelio paraqueratinizado; tiene consistencia blanda y no se vincula sólidamente al periostio sino que, por el contrario, está poco adherida, lo cual le comunica características del tejido móvil. La irrigación es más abundante en la mucosa bucal propiamente dicha que en la encía adherente, de ello depende la diferencia de coloración entre ambas.

** Trabajo de investigación clínica efectuado en la Cátedra de Clínica I de Prótesis de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.*

LUIS GUILLERMO CAPUTO, JORGE NORBERTO FERREYRA, JUAN RAMON FARINA, GUSTAVO RAUL MOLINA, GABRIELA ANDREA GARGIULO

El protesista, a los fines de su aplicación práctica, estudia las topografías de los maxilares desdentados, refiriendo las condiciones de las distintas áreas a la posibilidad de cumplir con los tres requisitos fundamentales que debe lograr en la confección de una prótesis dental. Ellos son: retención, soporte y estabilidad.

De acuerdo con el grado de aprovechamiento que puede lograrse de los maxilares desdentados, se ha diferenciado en los mismos un área que se denomina de soporte, que es aquella donde puede y debe asentarse una prótesis, de acuerdo con la calidad de los tejidos que la integran y la necesidad de satisfacer las condiciones precitadas.

En términos generales, esta área termina justamente donde comienzan los tejidos móviles que, con sus desplazamientos o cambios dimensionales, pueden alterar la estabilidad de la prótesis.

Este límite tan preciso, es aquel que la prótesis debe respetar no invadiéndolo, pues si así ocurriera originaría alguna de las lesiones paraprotéticas que hoy nos ocupan.

Es por ello, que el protesista cuando confecciona una prótesis completa, debe instruir a su paciente de manera tal que el mismo sepa de la necesidad de concurrir a una consulta periódica para que podamos evaluar y ajustar, en la medida de lo necesario, la aparatología instalada evitando así los trastornos y lesiones que provocan los mismos al desadaptarse.

MATERIALES RESILIENTES. GENERALIDADES

Dentro de ciertas condiciones clínicas en estos años se ha propuesto el uso de estos materiales, semejantes a una almohadilla,

para rebasar las bases de las dentaduras.

“Como en el caso de los acrílicos duros de rebase es de pretender que estos materiales adhieran a la resina de la dentadura y posean un color permanente y propiedades mecánicas. Además, no debieran reaccionar con la base de la dentadura de modo que produzcan algún tipo de deterioro. Deberán presentar resistencia a la abrasión, siendo importante que su adhesión a la base sea resistente y permanente. No deberá perder su efecto almohadilla con el tiempo o mientras se usa o esté fuera de la boca. En este momento no existe un material disponible que reúna todas estas condiciones pareciendo el último requisito el más difícil de cumplir.”

Estos materiales blandos que habitualmente se denominan resilientes, en el estricto sentido de la palabra, ninguno de ellos lo es, ya que la resiliencia se define como la energía almacenada en una estructura cuando ésta es tensionada en una cantidad igual o menor que su límite proporcional; un ejemplo de una estructura resiliente sería la red de los trapezistas, se comprenderá por lo tanto que la resiliencia en realidad no es lo indicado, ya que si el material fuera resiliente sin escurrimiento con cada aplicación de una fuerza masticatoria se podría imaginar a la dentadura como tendiendo a rebotar de los tejidos blandos.

El material amortiguante deberá ser más tenaz, ya que la tenacidad comprende la energía total de deformación, incluyendo la resiliencia, así como también, la energía de la deformación permanente. A partir de la deformación la almohadilla debería recobrase lentamente por un proceso de relajación más que por un recobramiento elástico inmediato. Esta condición puede lograrse

por medio del uso adecuado de los plastificantes.

Dentro de ellos, los acondicionadores de tejidos pareciera que son los de mayor efectividad para devolverle a la mucosa injuriada un adecuado estado de salud.

Algunos profesionales han preconizado desde hace tiempo diagnosticar y corregir, hasta dónde sea posible, las lesiones producidas en los tejidos blandos maltratados protéticamente.

A fin de eliminar y/o corregir las dolencias tisulares crónicas que aparecen debajo de las prótesis, el odontólogo debe examinar y solucionar todos los factores que puedan ser causa de dichas afecciones, como ser:

— *Comprobar la higiene bucal:*

El paciente debe mantener una correcta limpieza en las áreas mucosas de soporte, así como también en las prótesis, especialmente en su superficie interna.

— *Verificar una adecuada oclusión:*

Se deben eliminar los contactos prematuros ánteroposteriores y unilaterales.

— *Diagnosticar una correcta dimensión vertical:*

Ya que su aumento más allá de los límites de tolerancia de los tejidos, suelen generar alteraciones en la mucosa subprotética.

— *Eliminar las áreas de presión dentro de las prótesis:*

En algunos casos clínicos, al utilizar un material indicador, buscamos áreas de presión que deben ser corregidas.

— *Impedir el bruxismo y apretamiento:*

Siendo difícil de corregirlo durante el día,

es más factible lograrlo por la noche, indicándole al paciente el retiro de las prótesis o por lo menos de una de ellas.

— *Descanso nocturno:*

Recomendar al paciente el retiro de las prótesis durante la noche y colocarlas en alguna solución limpiadora.

— *Alimentación:*

Prescribir una dieta blanda bien balanceada.

— *Prótesis desadaptada:*

Por excesiva permanencia en la boca sin control o ajustes.

— *Generalidades de las lesiones paraprotéticas:*

Distintos autores describen las lesiones que provocan las prótesis en la mucosa bucal.

Para Neyll, las causas que producen inflamación por prótesis son varias: Traumatismos por excesiva presión, la oclusión de los conductos glandulares que provocan un cuadro de retención, alergia a los materiales de las prótesis y por último la acción microbiana, en especial la provocada por la *Candida Albicans*, incentivada por los alimentos.

Lyon, afirmando lo dicho por Neyll, comprobó que el 72% de sus pacientes, portadores de prótesis bucales, presentaban *Candida Albicans*, en los cultivos de materia bucal, mientras que sólo las observó en el 17% de los pacientes no portadores.

Además el 95% curó o mejoró al tratarla y el 33% tenía *Quelitis Angular Candidiásica Asociada*, que remitió al tratar la micosis bucal.

Cawsar, Lehemer, Budtz, Jorgensein, Bartran, Williamsar Bartells, Alteros, Cojocarv, Newton coincidiendo en mayor o menor grado con lo antes expuesto.

Grinspan, clasificó las lesiones de origen protético de la siguiente forma:

A) *Lesiones en el paladar:*

- 1) Palatitis subplaca.
- 2) Hiperplasia fibromatosa del paladar duro (cámara de succión).
- 3) Hiperplasia papilar del paladar duro.
- 4) Lesiones traumáticas del paladar en la zona del sellado posterior.

B) *Lesiones traumáticas en los surcos vestibulares, linguales y zonas adyacentes:*

- 1) Ulceraciones traumáticas de los fondos de surcos.
- 2) Hiperplasia fibromatosa de los surcos vestibulares, linguales y zonas adyacentes (épolis fisurado).

LESIONES TRATADAS: CLASIFICACION

A continuación daremos un listado, de la patología que se encuentra habitualmente en los pacientes que concurren a la cátedra, en búsqueda de alguna solución para problemas crónicos de los tejidos de soporte, provocados como consecuencia de la exagerada permanencia de las prótesis en la boca, sin control alguno o bien por cirugías previas a la instalación de prótesis inmediatas que no fueron reemplazadas en tiempo y forma adecuadas.

A) *Lesiones en el paladar*

- 1) *Palatitis Subplaca o Palatitis Protética:*
Se trata de la reacción de la mucosa del

paladar a la instalación de la prótesis mucosoportada, sean parciales o completas y se manifiesta en toda la superficie de apoyo. Las mucosas no están preparadas para soportar el trauma que les produce ese cuerpo extraño que es la prótesis, en muchas ocasiones se adapta con relativa facilidad y después de algunas reacciones agudas los tejidos se normalizan, quedando así la prótesis incorporada al sistema.

En otras oportunidades condicionada por un terreno propicio, al que se agrega un aparato que no cumple con las reglas técnicas elementales, los tejidos no soportan la presión y aparece esta lesión.

Comienza por una inflamación que se hace crónica. En una primera etapa se observa un puntillado rojo diseminado en toda la mucosa paraprotética, que termina por formar una superficie congestiva con tendencia a erosionarse, en zonas de color rojizo más intenso y que generalmente no sangra.

Es asintomática. En estas condiciones se puede mantener indefinidamente o evolucionar haciendo físuras, úlceras o hiperplasias.

Ya que la integridad del epitelio está comprometida, puede ser que se infecte, lo más corriente es que a la lesión se le sume una moniliasis y complique el cuadro.

Se debe enseñar al enfermo normas elementales de higiene e interrogarlo respecto de la posibilidad de hábitos que puedan aumentar el trauma que ocasiona la prótesis a fin de corregirlos.

Las infecciones sumadas se tratarán según normas adecuadas para cada caso.

- 2) *Hiperplasia fibromatosa del paladar duro:*
(Cámara de succión)

Esta lesión es provocada por la succión y adopta el contorno y la conformación de la misma. En la mayoría de los casos la superficie es lisa, otras veces dicha superficie puede ser vegetante parecida a la hiperplasia papilar.

Es asintomática. El mecanismo de producción de la hiperplasia fibromatosa se debe a la aspiración crónica de la mucosa palatina determinada por la cámara.

Desde el punto de vista histológico la lesión está compuesta por tejido conjuntivo con abundante cantidad de fibras colágenas.

No se ha registrado ninguna transformación carcinomatosa.

3) Hiperplasia Papilar del Paladar Duro:

Se presenta exclusivamente en la mucosa del paladar duro, en relación con prótesis mal adaptadas y que por lo general poseen cámara de succión. Es el producto de la acción irritativa crónica del aparato, a la que puede agregarse deficiencias higiénicas e infección, ésta última siempre por *Candida Albicans*.

Clínicamente su aspecto puede ser variable.

En ocasiones la superficie se presenta finamente vegetante, cubierta por muchísimas granulaciones pequeñas que asientan sobre una superficie rojiza e inflamatoria. Otras veces se observan elevaciones papilomatosas de forma hemisférica y de color rosado.

Entre estos dos aspectos semiológicos existen todas las transiciones posibles.

Se presentan siempre en la mucosa palatina ubicada por debajo de la prótesis, casi nunca llegan al reborde alveolar.

La sintomatología es escasa o nula.

Se observan muchas prolongaciones; epitelio - conectivas, de diversas formas y tamaños que se elevan perpendicularmente sobre la superficie mucosa. Dichas formaciones se hallan constituidas principalmente por tejido conectivo ricamente infiltrado por napas de linfocitos acompañados por regular cantidad de plasmocitos. Se observan, además, vasos capilares dilatados, repletos de glóbulos rojos.

El epitelio está atrófico con exoserosis y exocitosis de linfocitos, y en algunos sectores muestra largas prolongaciones de las crestas interpapilares.

— Diagnóstico diferencial:

Se plantea a veces la necesidad de diferenciarlo con la moniliasis, la alergia por el material dental, el paladar de los respiradores bucales, epitelomas y papilomatosis florida.

El diagnóstico diferencial con las moniliasis debe surgir de la prueba terapéutica (tratamiento de la moniliasis o retiro o modificación de la prótesis). El examen micológico aislado carece de valor, porque podría existir una candidiasis asociada.

Las lesiones alérgicas no suelen ser vegetantes. En cuanto al diagnóstico diferencial con epitelomas o papilomatosis florida, los caracteres de dichos procesos son muy distintos, por lo general en el paladar no están totalmente debajo de la prótesis, y si ello sucede se ubican en un sector y no en la totalidad de la región.

En caso de dudas debe recurrirse al estudio histopatológico de las lesiones.

Por otra parte, los respiradores bucales presentan otros signos como: paladar ojival, voz gangosa, etc. los cuales hacen sencilla su diferenciación.

No se ha registrado ninguna transformación maligna en la "hiperplasia papilar".

4) Lesiones Traumáticas del Paladar en la Zona de Sellado Posterior:

Las completas superiores cuando están sobre extendidas en esta zona, pueden determinar por acción irritativa y compresiva erosiones, ulceraciones y a veces cicatrices escleróticas, acompañadas de hiperplasia fibromatosa.

Son lesiones, en general de buen pronóstico, ya que no registramos ninguna transformación maligna.

B) Lesiones traumáticas por prótesis en los surcos vestibulares, linguales y zonas adyacentes.

1) Ulceraciones en los surcos:

Se observa en los fondos de surcos, especialmente en los vestibulares. Es provocada por la acción irritante de los bordes de una prótesis mal adaptada o sobreextendida.

Son lesiones dolorosas que desaparecen si el paciente deja de usar la prótesis o cuando se afecta el desgaste o corrección correspondiente.

Es común observar cicatrices poslesionales cuando el proceso se hace crónico.

Es interesante hacer notar que en las úlceras o ulceraciones traumáticas de etiología protética con localización a nivel de los surcos, no se ha observado ninguna transformación maligna.

Sin embargo, están citadas con tal posibilidad y deben ser controladas. La prótesis debe ser modificada.

También se puede presentar ulceraciones traumáticas acompañadas de hiperplasia fibromatosa provocadas por el borde

lingual de la prótesis inferior en especial cuando las apófisis geni son largas o prominentes.

MATERIALES RESILIENTES PARA BASES DE PROTESIS

Función: absorber la energía producida por el impacto masticatorio que se produce y transmite a través de la dentadura a los tejidos de soporte.

Tipos de materiales:

Resinas:

- A) Acondicionador de tejidos.
- B) Termopolimerizables.
- C) Polímeros con grupos hidrofílicos.
- D) Vinilresinas.
- E) Gomas de siliconas.

Materiales resilientes: consideraciones Clínicas:

- 1— Inadecuada adhesión a la base (en especial las siliconas).
- 2— La gran falta de adhesión de las siliconas puede deberse a la gran difusión acuosa en las mismas.
- 3— Algunas siliconas aumentan o disminuyen de volumen (40%) por ganancia o pérdida de agua.
- 4— Los polímeros hidrofílicos se comportan igual.
- 5— Los acrílicos blandos se unen a la base, pero pierden elasticidad por pérdida del plastificante y endurecen.
- 6— La elasticidad depende de:
 - Grosor (2 a 3 mm).
 - Dureza.
 - Módulo elástico.

- El mayor grosor no incrementa la elasticidad.
- El relleno resiliente disminuye la resistencia de la base.
 - a) Porque reduce el espesor de la misma antes del rebase.
 - b) Por el ataque del solvente del adhesivo de silicona a la misma.
 - c) Por el monómero del acrílico blando. Todo ello determina la fractura durante el uso clínico.
- 7— Dificultad para recortar, componer, ajustar y pulir los materiales resilientes.
- 8— Sabor y olor desagradables.
- 9— Baja resistencia a la abrasión de las siliconas (no se puede recortar y pulir).
- 10— Desarrollo de *Candida Albicans*. Penetra en los poros y producen nódulos que irritan la mucosa (suelen agregarse inhibidores del desarrollo).
- 11— Se pigmentan con el uso y no se pueden limpiar.

*Acondicionadores de tejidos,
aplicación en prótesis*

Estos materiales suelen utilizarse para:

- 1— El tratamiento de la mucosa inflamada, ulcerada, congestionada y con hiperplasias.
- 2— Rebasado temporario para:
 - a) Estabilización de prótesis inmediatas.
 - b) Complementando la intervención quirúrgica de rebordes, tuberosidades, hiperplasias, etc. Estabilizando las prótesis en uso.

- 3— Impresiones funcionales para prótesis completas.

Presentación comercial:

Suelen presentarse bajo la forma de un polvo y un líquido (Hidro-Cast, Coe-Confort, Bera, etc.).

También pueden obtenerse en láminas plastificables con temperatura bucal (Ar-dee, y otros).

Reacción de gelación:

Con estos materiales no se produce la clásica reacción de polimerización o acoplamiento de moléculas que caracteriza a este tipo de reacción química, sino que se trata de un proceso físico-químico de disolución de las partículas de polímero por el alcohol para culminar con la formación de un gel elástico.

El gel es una mezcla de partículas sólidas que son las cadenas de polímeros en suspensión en el líquido (alcohol) y forma una armazón sólida en donde el líquido se halla dispuesto entre las partículas y las penetra. La solubilidad y las propiedades coloidales de los polímeros se hallan condicionadas a los siguientes principios:

- a) Las sustancias se disuelven en solventes polares y viceversa.
- b) La solubilidad decrece cuando aumenta el peso molecular del polímero.
- c) La estructura de los polímeros también influye ya que los de cadena recta son más solubles por su menor peso molecular.
- d) Los distintos niveles o grados de polimerización:
Primero se disuelven los de menor grado (menor cantidad de meros) y luego éstos facilitan la solubilidad de

los de mayor peso molecular (mayor cantidad de meros).

- e) Los polímeros superiores son de naturaleza coloidal:

Se hinchan por el alcohol y luego se dispersan formando una solución muy viscosa, comportándose como lo hacen los coloides, y debido al gran tamaño de sus moléculas se convierten en gel (proceso de gelación) y además manifiestan tixotropía (propiedades que muestran los geles capaz de fluidificarse si se los agita o comprime; como suele acontecer con algunos materiales de impresión).

Estadios o etapas del proceso de gelación:

Lojoux, citado por Saizar distingue en este proceso cinco estadios o etapas:

- 1— Mezcla homogénea: no se aprecia el aspecto granuloso como en las resinas acrílicas debido al menor tamaño de las partículas de polímero.
- 2— Filamentoso: coincide con la disolución de las partículas (ataque por el alcohol). La masa se adhiere a las paredes del recipiente donde se efectúa la mezcla. Dura dos o tres minutos.
- 3— Plástica: el material está en condiciones de ser colocado en la base de la prótesis y conformado contra los tejidos de soporte. Dura pocos minutos.
- 4— Fase resiliente: el material adquiere consistencia elástica. Dura dos o tres días.
- 5— Fase Granulosa: el material se va endureciendo por evaporación del alcohol (pérdida de masa) y se torna poroso. La superficie toma aspecto granuloso.

TECNICA DE EMPLEO

Diagnosticada la lesión se procede al tratamiento, en primer lugar de la prótesis desadaptada.

1) Debemos recortar los bordes de la prótesis que produjeron la lesión, corrigiendo la oclusión si ésta fuera inadecuada, la dimensión vertical si está aumentada, desgastando internamente las áreas de sobrecarga, escotando ampliamente bridas y frenillos, en suma, erradicando la causa de la lesión, si ésta fuera de origen protético.

2) Procederemos a asperizar la superficie interna de la prótesis y rebasar cuidando de no desgastar tres áreas: una anterior en la línea media y dos posteriores a cada lado de la línea media, para mantener así la dimensión vertical.

3) En este momento está todo listo para la preparación del material resiliente de rebasado según las especificaciones del fabricante.

4) Se distribuye en forma homogénea, dicho material, sobre la superficie a rebasar.

5) Se lleva a la boca y bajo presión oclusal se efectúa el recorte de todos los bordes vestibulares, como en una impresión definitiva, luego se le indica al paciente que abra la boca y mientras sostenemos la prótesis en posición, con los dedos índice de ambas manos, le pedimos que realice movimientos de la lengua para imprimir los bordes iguales anterior y posterior.

6) Luego de la gelificación del material, se procede a retirar de la boca para recortar los excesos.

7) Se instala en la boca, y se recita al paciente, para control y recambio del material, entre los tres y siete días.

8) Se repite el procedimiento, con un máximo de cinco veces y un mínimo de dos, si alguna de las lesiones tratadas no desaparece en este lapso, totalmente, el paciente es derivado a la cátedra de cirugía, para el tratamiento quirúrgico de la lesión remanente.

MUESTRA DE CASOS REALIZADOS

La muestra está conformada por pacien-

tes que concurren a la Cátedra de Clínica I de Prótesis para la renovación de sus prótesis dentales.

Si bien una gran cantidad de pacientes presentan estas lesiones y son tratados por ellas, se toma a un grupo de ellos eligiendo los que presentaban los diferentes tipos de lesiones paraprotéticas para tratarlas, documentarlos y efectuar su seguimiento.

ESTADISTICA DE LOS CASOS DOCUMENTADOS

Sobre 22 casos tratados, se observaron 36 lesiones que se dividen de la siguiente forma:

- Palatitis subplaca: 8 (ocho)
- Hiperplasias fibromatosas del paladar duro: 3 (tres)
- Ulceraciones traumáticas de fondo de surcos: 5 (cinco)

- Hiperplasias fibromatosas de los surcos vestibulares y zonas adyacentes (épulis fisurado): 14 (catorce)
- Hiperplasias papilares de paladar duro: 3 (tres).
- Lesiones traumáticas del paladar en la zona del sellado posterior: 3 (tres).

Lesión	Incidencia sobres los casos tratados	Remisiones Totales	Remisiones Parciales	Derivados Cirugía
P.SP.	22,22%	SI. (100%)		
H.F.P.D.	8,33%	SI. (100%)		
U.T.F.S.	13,88%	SI. (100%)		
H.F.S.V.	38,88%	SI. (42%)	57,15%	6 CASOS.
H.P.P.D.	8,33%	SI. (100%)		
L.T.P.SP	8,33%	SI. (100%)		

Resolución de un Caso de Epulis Fisurado en un Maxilar Inferior con la Técnica de Acondicionador de Tejido Complementada con Cirugía Correctora



Fig. 1 y 2. Lesión épulis fisurado.



Fig. 3. Prótesis rebasada con acondicionador de tejidos.



Fig. 2.



Fig. 4. Prótesis rebasada con acondicionador de tejidos. Instalada en la boca del paciente



Fig. 5. Lesión previa a la cirugía 41 días después de iniciado el tratamiento.

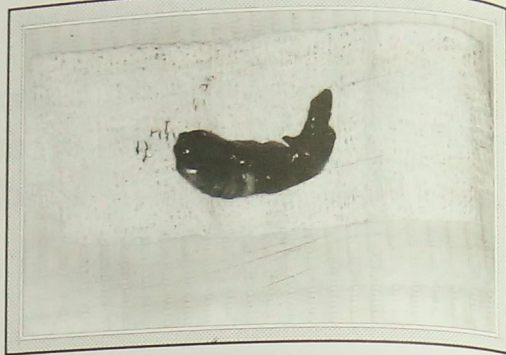


Fig. 7. Tejido resecaado.

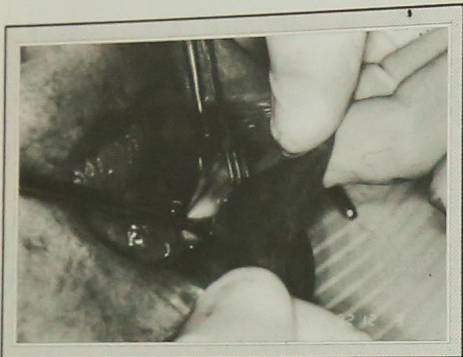


Fig. 6. Toma quirúrgica de la lesión a resecaar.



Fig. 8. Normalización de los tejidos 19 días después de la cirugía.

LABORATORIO INTEGRAL

Daniel Altimari
M.N. 2513

Brinda un Estilo Diferente

Porcelana - Isosit - Prot. Fija - Removible - Completa - Cromo Cobalto - Attachment
En Constante Evolución le Ofrecemos Porcelana sobre Metal con Cuello

Cerámico. Prótesis Fija y Removible sobre Implantes

Sus pacientes agradecerán nuestra calidad

Prudan 1248 (altura Avda. San Juan 3150) C.P. 1242, Capital. Teléfono: 93-8023

Envíos al Interior

RESUMIENDO

Del total de las lesiones tratadas el 16,67% de las mismas requirió del tratamiento quirúrgico previo a la confección de una nueva prótesis.

El 83,33% restante de las patologías fueron resueltas mediante el tratamiento con materiales resilientes.

CONCLUSIONES

Después de haber tratado numerosos casos en la Cátedra de Clínica I de Prótesis de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires y en nuestros consultorios, podemos afirmar que las lesiones paraprotéticas en pacientes desdentados totales, tratados con acondicionador de tejidos y/o materiales resilientes, remiten en un gran porcentaje de los casos totalmente y el resto presenta una disminución muy marcada del componente inflamatorio, facilitando el posterior tratamiento quirúrgico de las mismas.

Debemos agregar que siempre es necesario el tratamiento previo de las prótesis desadaptadas con bordes sobreextendidos, cámara de succión, alteraciones oclusales o en la dimensión vertical, que son las que originan dichas lesiones.

Es sabido que el simple retiro de ellas de la boca hace que algunas lesiones remitan por sí mismas. Pero hoy en día debemos ofrecer al paciente soluciones que le permitan mantener una vida de relación normal, con el máximo confort posible, hasta que su mucosa de soporte

adquiera el estado de salud deseado, para recibir una nueva prótesis.

SUMMARY

As proved by the countless cases we have treated both in our private offices and in the Department of Prosthetic Clinics I of Buenos Aires University Faculty of Dentistry, most of the paraprosthetic lesions in edentulous patients which are treated with tissue conditioner and/or resilient materials present a significative remission rate, while the rest shows a considerable decrease in the inflammatory process, thus paving the way for subsequent surgical therapy.

This preliminary treatment should be always applied to ill-fitting dentures with overextended borders, suction chamber and occlusal or vertical dimension variations, as they play a significant role in the derlopment of those lesions.

As all of us know, prostheses removal will mostlikely be ensued by the immediate remission of some lesions. However, we should provide our patients with solutions that allow them to lead a normal social life, with the highest comfort possible, while the supporting mucosa develops the condiction required for the insertion of a new denture.

BIBLIOGRAFIA

1. FASSINA, N.A. Acondicionador de tejidos y materiales resilientes. Tesis de doctorado, 1984.
2. SAIZAR, P: Prostoncía total, Editorial Mundi. 1972. Capítulo VI. Patología paraprotética pá-

- gina 108-126. Capítulo VIII. Preparación de la boca para prótesis completa. Página 148-152.
3. BORGHELLI, R.: Temas de patologías bucal clínica. Tomo I y II. Editorial Mundi. I Edición. Año 1979.
 4. GRINSPAN, D.: Enfermedades de la boca tomo II. Editorial Mundi. I Edición. Año 1976.
 5. CAPUSSELLI, H. O. y SCHVARTZ, T.: Tratamiento del desdentado total. Editorial Mundi. I

- Edición. Año 1973.
6. SKINNER, E. W. y PHILLIPS, R. W.: La ciencia de los materiales dentales. Editorial Mundi. VI Edición, Ilustrada. Año 1970. Página 206 - 212. Capítulo XIII.
 7. APRILE, H., FIGUN, M. E., GARINO, R.R.; Anatomía odontológica. Editorial el ateneo. V Edición. Año 1971. Página 768-792. Capítulo X

LABORATORIO "Del ATENEO"

APARATOLOGIA DE ORTOPEDIA FUNCIONAL
Y ORTODONCIA EN TODA SU VARIEDAD

Ricardo N. Llanes
Eduardo H. Aguirre

M. T. de Anchorena 1178 - Tel. 961-7349 y 0394

ALFREDO MAJDALANI

Alambres de Acero Inoxidable
En Todas Sus Calidades

De lunes a viernes, de 9 a 12 y de 14 a 18.

Avda. Dorrego 955 - Teléfonos 854-1789 y 855-0958 (1414) Capital

Prevención de Caries: Estudio Comparativo Entre dos Grupos Escolares Con y Sin Buches de Flúor. Exitosa Respuesta Docente

EDGARDO ROBERTO COSTA

INTRODUCCION.

La caries dental sigue siendo un gran problema aún sin resolver. Como profesionales, tenemos al alcance de las manos concretas medidas preventivas. El uso de flúor y el cepillado dental, constituyen las armas más poderosas para que todos los alumnos, en sus distintos niveles, puedan y deban utilizar. Jardines de Infantes, Escuelas Primarias, Secundarias y demás establecimientos educativos, forman conjuntamente con el hogar, el más importante marco de referencia para elaborar y ejecutar las medidas terapéuticas que permitan mejorar el estado de la boca de los educandos en el mediano y largo plazo. La odontología es consciente de que ningún país del mundo resolverá los problemas de la caries dental, si solamente hace tratamientos curativos. Por lo tanto, habrá que poner en marcha Programas que combinen técnicas eficaces como son el control del consumo de azúcares, la remoción de la placa bacteriana, la aplicación de selladores y fundamentalmente, la utilización racional de fluoruros.

OBJETIVOS

En el mundo actual, existen algunos ejemplos que, además de hacernos pensar en una equivocada política sanitaria, personalmente me avergüenzan como profesional. El primero dice que el 98% de la población mundial, padece de caries; el segundo, de carácter nacional, nos señala que una de cada cinco personas mayores de cincuenta años, tiene una prótesis completa; por el

tercero sabemos que en 1987, la segunda causa de eximición del Servicio Militar de jóvenes de 18 años, fue el desastroso estado de su dentadura y, finalmente, en nuestra zona, a través de un seguimiento en escolares, se vio que por cada veinte alumnos que se revisaban, uno sólo no tenía caries, es decir, que por cada cien bocas, solo cinco eran sanas (5%). Frente a esta tremenda realidad, fue oportuno y necesario pensar y poner en marcha un Programa Preventivo

de Caries, mediante las autoaplicaciones de flúor. Este convenio que se formaliza en 1984 en la Provincia de Buenos Aires entre el Ministerio de Salud y la Dirección General de Escuelas y Cultura, toma conciencia del estado de las bocas y propone, utilizando la vía municipal, implementar la tarea, y es así que a partir de este momento nace una figura que se transformaría en el principal artífice de su desarrollo: la *Docente*. De esta manera el principal objetivo fue que todos los alumnos tuvieran la misma oportunidad de participar en el Programa que, bajo mi responsabilidad se ejecuta desde 1986 hasta la fecha.

MATERIAL Y METODOS

La utilización de fluoruros en odontología, constituye el factor más importante en la reducción de las caries dental registrada en las dos últimas décadas en la mayoría de los países industrializados. Y recordemos que por ser un elemento que se encuentra en la naturaleza, actúa en contacto con las piezas dentarias, inhibiendo la formación de la placa bacteriana, así como también la de ácidos producidos por las bacterias presentes normalmente en la boca; finalmente fortifica el esmalte dentario. Queda incorporado a partir de este momento el *Buche Fluorado Semanal* al 0.2%, que inicialmente se registra en una planilla, que complica la actividad del maestro. Este recuento se suplanta con el parte diario y hoy ya no interesa la cantidad de autoaplicaciones que se realizan, porque se supo mantener una actitud, pese a las dificultades que existen en algunas escuelas, como la falta de interés de algún personal, el agua contaminada o la falta de ella. El Partido de Lomas de Zamora, de 94

km. cuadrados y aproximadamente 600.000 habitantes, tiene en la fecha incorporados a 123.000 alumnos pertenecientes a 358 establecimientos distribuidos de la siguiente manera: 113 jardines de infantes, 143 escuelas primarias, 7 de enseñanza especial, 5 centros educativos complementarios, 24 de adolescentes y adultos, 41 guarderías e institutos con internación, 11 centros de promoción de integridad e infancia y 61 escuelas secundarias. Todas, y cada una de ellas, fueron ingresando al programa, previa autorización y consentimiento de las Autoridades Escolares, acompañadas con el beneplácito del Consejo Escolar, inspec-

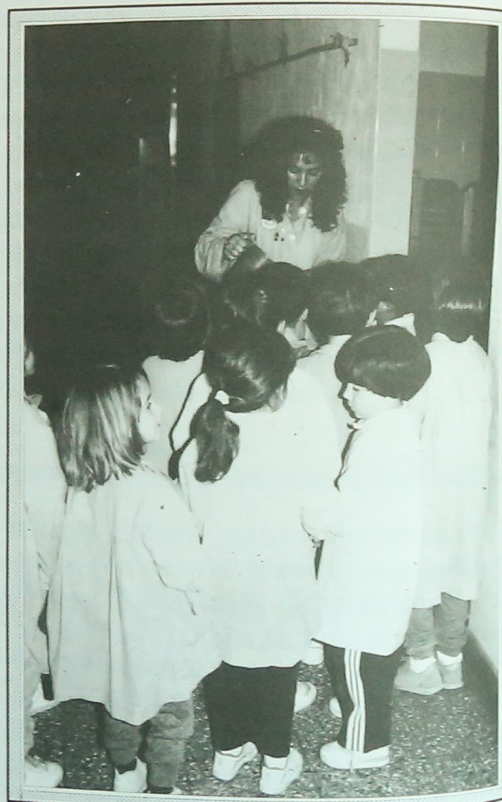


Fig. 1. Una maestra dispensa el fluorado.

tores, jefes, cuerpo de inspectores y directores de todas las áreas. A partir de aquí, se llega a cada establecimiento para informar a docentes, alumnos y padres, acerca de la actividad a desarrollar, convirtiendo a este método en ideal, porque se mantuvo gravitante la confiabilidad y continuidad.

RESULTADOS

En el nivel general, ya se conocen serios resultados en países que llevan más de 45 años de experiencia en el tema, como son Canadá y EE.UU., y que la OMS se encargó de difundir por el mundo entero. El flúor disminuye entre un 60-65% el número de caries, siempre que se mantenga continuidad en el uso. En nuestro medio, y después de cinco años de trabajo con prisa y sin pausas, se evaluó la diferencia entre una boca con tratamiento y otra sin ello. Los lineamientos de este trabajo fueron dados por la Profesora Titular de la Cátedra de Prevención y Odontología Comunitaria de la Facultad de Odontología de la ciudad de Buenos Aires: Dra. Noemí Bordoni quien posteriormente avaló sus resultados en una reunión efectuada el pasado 10 de abril de 1991, en el teatro municipal "R.J. Payró", en presencia de autoridades sanitarias, escolares y familia educativa, en general.

En esta oportunidad se dio a conocer el resultado de un estudio comparativo en el que fueron revisados 10.000 alumnos con tratamiento, pertenecientes a escuelas periféricas de Lomas de Zamora, y se lo comparó con otra cantidad similar y sin tratamiento, del vecino partido de Lanús. En esta significativa muestra, se tuvieron presente tres ítems: a) Boca Sana, es decir sin caries, b) Boca tratada y c) Boca con caries. El resultado observado, que figura a continuación, indica un mayor porcentaje de Bocas sin Caries, en aquellos chicos que, superando las dificultades que posee todo programa, supieron mantener la continuidad del Buche Fluorado Semanal.

Los alumnos encuestados y revisados pertenecen a las siguientes escuelas de Lomas: 9, 12, 27, 28, 32, 41, 42, 43, 47, 49, 57, 58, 58. Anexo: 59, 60, 65, 67, 74, 76, 77, 78, 86, 88. De Lanús a: 26, 30, 33, 35, 39, 41, 43, 45, 46, 48, 49, 52, 59, 60, 62, 63, 64, 66, 70, 72, 74 y 77.

CONCLUSIONES

Para este trabajo, fueron utilizados 21.015 alumnos distribuidos de la siguiente manera: 10.700 pertenecientes al Partido de Lomas de Zamora y 10.225 al de Lanús.

Partido	Establec. Encuest.	Alumnos Revisad.	Cantidad y porcentaje de bocas		
			Sanas	Tratadas	Con caries
Lomas	23	10.790	3.842 36%	592 4%	6.356 59%
Lanus	23	10.225	2.350 22%	767 8%	710 69%

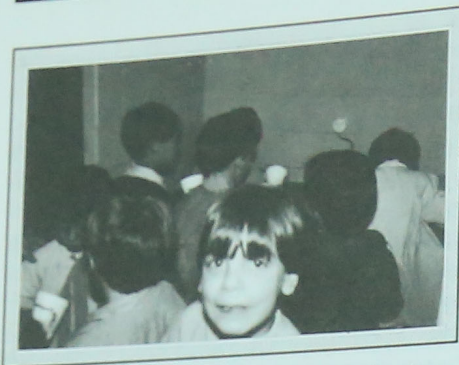


Fig. 2. Experiencia de los alumnos con buches.

Estos establecimientos son de zonas periféricas, y los chicos tienen hábitos alimentarios sin normas establecidas; es decir la característica básica es la ingesta no controlada de azúcares, fundamentalmente golosinas, alfajores, masticar chicles dulces, etc. y con falencias en la higiene oral.

El primer grupo recibió, aun con dificultades, la posibilidad de realizar durante cinco años consecutivos los buches fluorados semanales en el transcurso del ciclo lectivo, mientras que aquellos que actuaron como testigos no lo hicieron.

Quiero expresar que al cabo de este tiempo, los controles estadísticos comparativos señalaron una mejoría en el grupo que usó el flúor, y el mayor porcentaje de bocas sanas coincide con la bibliografía consultada a través del trabajo preparado por la Organización Mundial de la Salud.

COMENTARIO

El presente trabajo ha querido reflejar fielmente el modo y la forma con el cual fue implementado. Es importante dejar en claro que el éxito logrado tiene nombre y apellido,

y ese es el de cada uno de los docentes que supieron recepcionar y resolver el objetivo fundamental de este ansiado Programa Preventivo. Muy pronto, auxiliares, asistentes, preceptores, gabinetes de ciencias biológicas, voluntarios de la Cruz Roja de la juventud, madres y educadoras sanitarias, supieron compartir la responsabilidad y el Periodismo los difundió para su conocimiento a través de un sinnúmero de notas. De ahí que esta experiencia volcada en este papel, permite mirar hacia un futuro distinto, que dependerá exclusivamente del valor que puedan mostrar y demostrar todas aquellas personas que con decisiones de importancia, estén convencidas de los principios básicos que tiene la prevención. No se explica aún, por qué las autoridades no han puesto en marcha la ley 21.172 sobre fluoración y defluoración de aguas de abasto, sancionada y aprobada en el año 1975, que permitiría una amplia cobertura preventiva para millones de habitantes del conurbano bonaerense. Profesionalmente, me recibí en el año 1958, fui formado, entre otras cosas, para tapar agujeritos hoy, mis colegas, egresan con la sabia misión de evitar-



Fig. 3. Cierre de la campaña, donde representantes de distintos grupos actuantes expresan su opinión.

los. Este concepto, marca una verdadera revolución terapéutica, que posibilitará con el tiempo un cambio real, que irá acompañado por una actitud distinta en relación con la Salud Oral. Finalmente, me pregunto, y siempre en base a lo aquí expuesto, si no ha llegado el momento de aprender a trabajar para la salud y no para la enfermedad.

RESUMEN:

El presente trabajo ha demostrado que la práctica del buche fluorado semanal ha sido positiva, como lo demuestra el estudio estadístico efectuado en 10.790 alumnos de escuelas primarias de Lomas de Zamora quienes trabajaron con buches, comparados con 10.225 educandos de Lanús, sin esa práctica.

La diferencia del 14% en favor del primer grupo, marca una tendencia favorable en aquellas bocas que participaron activamente en este anhelado programa preventivo.

SUMMARY

This paper points out the importance of the weekly fluoride mouthrinse as a

preventive measure, as shown by the survey that confronted 10,790 primary school children in Lomas de Zamora with a control group of 10,225 in Lanús which did not receive that treatment.

The significant difference (14%) observed in the first group reveals a positive bias in those mouths that actively took part in this prevention programme.

BIBLIOGRAFÍA

1. BASSO, M.L. Fluoración de las aguas, aspectos odontológicos - Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Fluorados y Salud. 26-10-1988.
2. O.M.S. El uso correcto de fluoruros en Salud Pública, Ginebra 1986.

AGRADECIMIENTOS

A los doctores Noemí Bordoni, Alberto Valente, César Plot, Hugo Abruns, Oscar Varela, Hugo Rossetti, Norma Gaudino, Alberto Santesteban (fallecido).

De la misma manera, a mis inmediatos superiores y a la familia docente.

Dirección del autor:
Arroyito 177 (1834)
Temperley.

Verificación Biológica del Titanio Como Material Para Implantes Mediante un Test de Inducción de Aberraciones Cromosómicas*

J. VAŇEK, V. BREZINA, L. FREYBURG, M. SMEKAL Y N. DVORAKOVA

INTRODUCCION

Una cualidad muy importante de un material para implantes, en relación con los tejidos vivos, es su tolerabilidad biológica. Se la enfatiza mucho, decisivamente, en los últimos años. Se ha desarrollado toda una serie de pruebas, que tienen desde el punto de vista del juicio sobre tolerabilidad, por una parte su significación más general y, por otra, resuelven la problemática más específica de su modo de aplicación y ubicación.

En la II Clínica Estomatológica de Brno realizamos una línea de pruebas biológicas con titanio como material para implantes (Titan 45 Poldi), a nivel celular y, llegado el caso, subcelular. El objetivo de este trabajo fue inducir aberraciones cromosómicas en cultivos a corto plazo de titanio con linfocitos humanos. El tests refleja la frecuencia de mutaciones (aberraciones) cromosómicas, a diferencia del test de Ames, que refleja mutaciones genéticas.

MATERIAL Y METODO

Empleamos titanio puro, estéril, en polvo,

con partículas de 200 milimicrones o menos. Se eliminaron todas sus impurezas de acuerdo con las recomendaciones para sólidos. Se confirmó su pureza mediante análisis por espectrometría de absorción de átomos.

Estudiamos la inducción de aberraciones cromosómicas con el método corriente para estipular el riesgo genotóxico: esto es, en el sistema de linfocitos periféricos humanos en cultivos de corto plazo, según el procedimiento indicado por el laboratorio nacional de referencia, con modificaciones menores.

Se extrajo sangre a dos voluntarios sanos, se le agregó heparina y se almacenó a 4° durante la noche. Por la mañana se efectuaron cultivos, agregando a 7,5 ml de medio RPMI con 20% de suero bovino y fitohemoglobulina, 0,8 ml. de sangre entera. Añadimos el polvo de titanio inmediatamente después de comenzados los cultivos. Se los incubó a 37° durante 64 hs. Dos hs. antes de concluir, les agregamos colchicina, en

*Publicado en la revista *Ceskoslovenska Stomatologie (Estomatología Chescoslovaca)*, Vol. 89, N° 4, agosto 1989, págs. 257-261.

J. VAŇEK, V. BREZINA, L. FREYBURG, M. SMEKAL Y N. DVORAKOVA

una concentración eficaz de 1 ug por ml. Luego de terminar el cultivo se volvió a las células hipotónicas con cloruro de potasio al 0,55% durante 20 minutos. Después de centrifugarlas, se las fijó con una mezcla de tres partes de alcohol metílico y una de ácido acético, tres veces. Tras la tercera fijación, el sedimento fue vuelto a poner en suspensión en una pequeña cantidad de fijador y goteado sobre portaobjetos húmedos enfriados. Se secaron al aire y se colocaron en solución de Giemsa-Romanowski al 5%.

RESULTADOS

No se demostró efecto clastógeno del titanio para implantes en polvo. Ningún cultivo experimental se diferenciaba significativamente en la frecuencia de mitosis aberrantes, de los de control.

DISCUSION

La estandarización de los tests de resultados de los materiales dentales fue recomendada en un documento de la F.D.I. en 1978. Posteriormente, su secretaría propuso que éste se publicara en lugar de normas internacionales como Informe Técnico ISO. El propósito último, es convertirlo en norma internacional. Para las condiciones checoslovacas se propuso en 1986 una modificación, concebida como inicial, dejando la posibilidad de cambios y complementos que dictara la práctica.

En ambos documentos se introduce como único test de la mutagenicidad el test de Ames, que detecta mutaciones puntuales

en sistemas microbianos. Suponemos que se requiere detectar también mutaciones en los cromosomas, tanto en linfocitos periféricos humanos como en la médula ósea de animales de experimentación con implantes del material estudiado. La detección de aberraciones cromosómicas es un método comparativamente exigente, trabajoso y, quizá justamente por eso, no se lo presenta en los documentos citados. Sin embargo, es un hecho que los tests citogenéticos tiene un puesto significativo en el sistema de comprobación de genotoxicidad, y se emplean rutinariamente en Checoslovaquia. El valor del test de inducción de mutaciones cromosómicas es comparativamente grande. Las aberraciones cromosómicas influyen sobre varios genes a la vez, y se llega así a cambios en la localización de grupos enteros en la cadena genética. Ello puede influir en la transmisión de cambios hereditarios y reducir o favorecer la aparición de neoplasias. Por eso realizamos el test y, a la vez, proponemos que se lo incluya entre los recomendados.

Empleamos titanio en polvo, de acuerdo con las recomendaciones. Ello nos aseguró que las células estuvieran en contacto directo con el material. A la vez nos llevaron a ello otras pruebas, realizadas por nosotros con la extracción de titanio en la misma forma, durante las cuales demostramos en el test de citotoxicidad, con la ayuda de curvas crecientes, que el material investigado no tiene influencia negativa sobre una línea heteróloga de células He La. Este es otro apoyo a la opinión de que el titanio, desde el punto de vista de la tolerabilidad biológica, es un material bioinerte.

CONCLUSION

El test de inducción de aberraciones cromosómicas en cultivos a corto plazo de linfocitos humanos con polvo de titanio, demostró que el titanio químicamente puro es, desde el punto de vista de la genotoxicidad, un material para implantes aceptable.

Pese a que se trata de una interacción "in vitro", la absoluta ausencia de aberraciones cromosómicas apoya las ventajosas aplicaciones clínicas del titanio.

RESUMEN

En checo, ruso e inglés.

REFERENCIAS

El trabajo lleva dieciséis, una de las cuales es STANFORD, J.W.: Recommended standard practices for biological evaluation of dental materials. Fédération Dentaire Internationale, Commission on Dental Materials, Instruments, Equipment and Therapeutics. Technical Report 7045, 30, 1978.

Traducción del checo: Alfredo José Brezina.

EN ORTODONCIA

la calidad tiene nombre:

GLENROE™

Brackets - Alambres - Botones - Adhesivos - Ligaduras

Consulte por las Novedades

Alastic Flúo. Cajas p/aparatos armatizadas

Representante Exclusivo en la Argentina

SERGIO TRAJTENBERG. Anchorena 1176, PB, Capital - Tel.: 961-0394/7349

INFORMACIONES SOBRE SIDA

El Dr. Charles Barr ha tenido la gentileza de hacernos llegar una serie de folletos en español que, al constituir un valioso material de educación para la salud e información médica, se transcriben para el lector. Son ellos:

- * **SIDA: 100 preguntas y respuestas**
Departamento de Salud del Estado de New York
- * **Cuidando de alguien con SIDA**
Departamento de Salud y Servicios Humanos (USA)
- * **El SIDA y usted**
Departamento de Salud y Servicios Humanos
- * **¿Es mejor saber?**

La Revista del AAO agradece al Dr. Charles Barr y al Beth Israel Medical Center que, con el Karpas Health Information Center, han tenido la cortesía de proporcionar el material.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE EL SIDA

1. ¿Qué es el SIDA?

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA, conocido también por su sigla en inglés, AIDS) es la etapa final y la más grave de la infección del VIH. El SIDA es una enfermedad en que las defensas inmunológicas naturales del organismo se desmoronan inhabilitando al cuerpo para hacer frente a las infecciones. Las personas que tienen SIDA contraen enfermedades que entrañan muy poco o ningún peligro a personas cuyo sistema inmunológico funciona normalmente.

2. ¿Qué causa el SIDA,

La causa del SIDA es un virus llamado de inmunodeficiencia humana (VIH).

3. ¿Tienen SIDA todas las personas infectadas por VIH?

No. Pueden transcurrir años antes de que la enfermedad se manifieste. Al principio la mayoría de las personas infectadas por el VIH suelen presentar durante algunos días síntomas parecidos a la gripe y después pue-

den vivir años sin que se manifieste ningún síntoma. A veces ni siquiera saben que están infectadas. Los síntomas se pueden presentar más tarde con diversos grados de virulencia que van desde las formas más benignas hasta las más graves. El SIDA es la etapa final y la más grave de la infección del VIH.

Todas las personas infectadas con el VIH pueden contagiar el virus a otras personas, aunque su infección todavía no haya avanzado hasta convertirse en SIDA.

4. ¿Hay cura para el SIDA?

Todavía no hay cura para el SIDA, pero si la infección del VIH se diagnostica oportunamente y se trata a los pacientes con los nuevos medicamentos que hay actualmente, se puede ayudar a las personas infectadas con el VIH a mantenerse sanas durante más tiempo, deteniendo o evitando el desarrollo del SIDA.

LA TRANSMISION DEL VIH

5. ¿Cómo se transmite el VIH?

El VIH es un virus que no

se transmite fácilmente. El VIH se contagia por el contacto directo con los fluidos infectados del cuerpo entre los que están incluidos la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. Eso significa que el VIH que se encuentra en uno de esos fluidos puede penetrar directamente en la corriente sanguínea a través de una vena, una herida o una grieta en la piel o a través de membranas mucosas, por ejemplo de los ojos, la boca, la nariz, la vagina, el recto o la uretra. Otros fluidos del cuerpo como la orina, la saliva, el vómito, etc. no constituyen un peligro, a menos que contengan sangre. El virus no se transmite a través del aire, el agua, los alimentos o el contacto físico casual, como los apretones de mano o los abrazos, ni por compartir cuartos de baño o beber en surtidores de agua públicos, etc.

6. ¿Es muy contagiosa la infección del VIH?

A diferencia de la mayoría de las enfermedades virales como el resfrío, la gripe, el

sarampión, etc. el VIH no se transmite por estornudos, tos, uso compartido de utensilios para comer o beber ni por estar simplemente cerca de una persona infectada con el VIH. El contacto casual con personas infectadas con el VIH no pone en peligro a los demás. No se han registrado casos en los que el VIH se haya transmitido por contacto casual con un miembro del hogar, pariente, compañero de trabajo o amigo.

7. ¿Qué tipos de comportamiento exponen a una persona al peligro de contraer la infección del VIH?

Los principales tipos de comportamiento que exponen a una persona a un gran peligro de contraer la infección del VIH (comportamiento de alto riesgo) son:

- El uso compartido de agujas de instrumentos para inyectarse drogas con una persona infectada con el VIH, o de la cual no se sabe si está infectada con este virus;
- Las relaciones sexuales anales, orales o vaginales, sin tomar las debidas precauciones (sin usar condones de látex), con una persona infectada con el VIH o de la cual

no se sabe si está infectada con este virus;

- Además, las mujeres infectadas con el VIH también pueden transmitir el virus a sus hijos durante el embarazo, el alumbramiento o la lactancia.

8. ¿Quiénes corren peligro de contraer la infección del VIH,

Cualquier persona que participe en prácticas que entrañan un alto riesgo puede contraer la infección del VIH y desarrollar SIDA.

9. ¿Por qué tantos hombres homosexuales y bisexuales han contraído SIDA?

Los casos de SIDA entre los hombres homosexuales y bisexuales se deben a las relaciones sexuales, particularmente al coito anal y otras prácticas sexuales que dan lugar al contacto del semen con la sangre o de la sangre con la sangre. Cualquier persona que tenga relaciones sexuales anales—ya se trate de una persona homosexual o heterosexual—, con una pareja infectada con el VIH o de la cual no sepa si está infectada con este virus, corre mayor peligro de contraer la infección del VIH.

10. ¿Por qué el consumo

de drogas intravenosas entrañan mayor peligro de contraer la infección del VIH?

Cuando las personas que se inyectan drogas comparten agujas, jeringas, algodón, agua, cucharas y otros instrumentos para inyectarse drogas, pequeñas partículas de sangre de una persona infectada con el VIH podrían quedar adheridas a los instrumentos usados y ser inyectadas en la corriente sanguínea del próximo usuario. Además, hay personas que ponen agujas e instrumentos usados en envases nuevos y los venden en las calles como si fueran nuevos.

Compartir agujas con una persona infectada con VIH supone un alto riesgo, ya sean agujas para inyectarse drogas por vía intravenosa, subcutánea o intramuscular, o por ejemplo, agujas para administrarse esteroides, para hacer tatuajes o para agujerear cualquier parte del cuerpo.

11. ¿Por que muchas de las personas hemofílicas se han infectado con el VIH?

Las personas hemofílicas reciben frecuentes transfusiones de concentrados de plasma sanguíneo que se extraen de la sangre proceden-

te de varios centenares o miles de donantes. Los casos de SIDA entre los hemofílicos se han atribuido a la administración de productos sanguíneos de personas infectadas con el VIH que donaron sangre antes de 1984, año en que se puso en práctica el tratamiento térmico para los productos de plasma, o de personas que donaron sangre hasta mediados de 1985, año en que se empezó a analizar la sangre de los donantes para detectar los anticuerpos del VIH.

12. ¿Se corre el riesgo de contraer la infección del VIH a través de una transfusión de sangre?

El riesgo de contraer la infección del VIH a través de una transfusión de sangre es muy remoto y se ha reducido considerablemente, gracias al examen de las historias clínicas de los donantes y al análisis de la sangre donada que, a partir del mes de mayo de 1985, se ha venido haciendo con carácter obligatorio en el Estado de Nueva York, a fin de detectar los anticuerpos del VIH. Los estudios indican que la prueba para detectar los anticuerpos del VIH es muy eficaz para eliminar de los bancos de sangre toda la

sangre infectada con este virus.

A todas las personas infectadas con VIH o aquellas que por sus patrones de conducta están expuestas al contagio de la infección del VIH, se les ruega abstenerse de donar sangre. Toda la sangre con reacción positiva que indica la presencia de los anticuerpos del VIH se elimina en los bancos de sangre.

13. ¿Se corre el riesgo de contraer la infección del VIH al donar sangre?

No. En los bancos de sangre y otros centros de recolección de sangre utilizan equipo esterilizado y agujas desechables. Siempre hay alguna aguda escasez de sangre y por ello se exhorta a todos aquellos que no tienen patrones de conducta altamente peligrosos a que sigan donando sangre al igual que en el pasado.

14. ¿Cómo contraen la infección del VIH las mujeres?

Las mujeres se infectan cuando tienen relaciones sexuales sin tomar las precauciones adecuadas o cuando comparten con una persona infectada agujas e instrumentos para inyectarse drogas. Si bien más del 50% de

las mujeres que tienen SIDA se han inyectado drogas intravenosas, los casos que aumentan más rápidamente son los de las mujeres cuyas parejas sexuales se han inyectado drogas. Las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres también se exponen al contagio de la infección del VIH, porque el virus se puede transmitir a través de las secreciones vaginales y de la sangre de la menstruación infectadas.

15. ¿Cómo se infectan los adolescentes con el VIH?

La adolescencia es una época en la que muchos jóvenes experimentan con las drogas y las relaciones sexuales. Muchos adolescentes están bajo la presión de sus amigos cuando se trata de tener relaciones sexuales o consumir drogas. Al igual que cualquier otra persona, los adolescentes que comparten agujas o tienen relaciones sexuales sin tomar las precauciones adecuadas corren el riesgo de contraer la infección del VIH. Inclusive el consumo de alcohol de crack a base de cocaína y de otras drogas no inyectables puede contribuir a que un adolescente actúe irresponsable-

mente al tener relaciones sexuales, inyectarse drogas, hacerse hacer tatuajes o hacerse agujerear las orejas, la nariz, etc.

16. ¿Se puede transmitir el VIH mediante el beso?

Se han encontrado rastros del VIH en la saliva de algunos pacientes con SIDA, pero no se conoce ni se sospecha de ningún caso de transmisión del SIDA por besarse. Los besos que suponen intercambio de saliva (besos de lengua) tal vez entrañen cierto riesgo. No hay casos de transmisión del VIH por besos casuales, como los besos entre padres e hijos.

17. ¿Se puede contagiar el VIH a través del coito anal?

Sí. La membrana que recubre el recto es delgada y se desgarrará fácilmente durante las relaciones sexuales anales. La bacterias y los virus como el VIH pueden penetrar fácilmente en la corriente sanguínea a través de un tejido lesionado. Por esta razón, el coito anal sin protección es la actividad sexual que entraña mayor peligro de contagio de una persona infectada con el VIH a su(s) pareja(s). Si bien los condones de látex ofrecen cierto

grado de protección, existen muchas más probabilidades de que se rompan durante el coito anal que durante el coito vaginal o el coito oral. (Véase pregunta 24). Por lo tanto, el coito anal es arriesgado, inclusive con condón.

18. ¿Se puede transmitir el VIH mediante el coito vaginal?

Sí. Hay un número creciente de mujeres que se han infectado a través del coito vaginal con hombres infectados con el VIH. Se ha encontrado el VIH en las secreciones vaginales y en la sangre de la menstruación. Las mujeres pueden transmitirlo a sus parejas sexuales masculinas, sobre todo si éstas tienen algún corte o herida en el pene. Una mujer también se puede transmitir el VIH a otra mujer a través del uso compartido de artefactos de placer sexual.

19. ¿Por qué es más fácil que los hombres transmitan el VIH a las mujeres durante el coito vaginal?

Al parecer, el VIH está mucho más concentrado en el semen que en las secreciones vaginales. Es posible que la membrana mucosa que recubre la vagina facilite el ingreso del VIH al cuerpo. Ade-

más, es probable que las mujeres estén expuestas al virus durante más tiempo porque el semen permanece en la vagina después del coito.

20. ¿Se puede transmitir el VIH por el coito oral/genital?

Sí. Algunas personas se han infectado con el VIH a través de las relaciones sexuales orales con una persona infectada con el VIH. Como la boca está recubierta por una membrana mucosa, el contacto con sangre, secreciones vaginales o semen infectados pueden facilitar el ingreso del VIH al cuerpo. La presencia de pequeñas heridas como las que se pueden hacer al cepillar los dientes, lesiones (úlceras, ampollas, etc.) u otras zonas lesionadas dentro o alrededor de la boca puede aumentar el peligro.

La mejor manera de protegerse contra el contagio del virus es usar condones látex durante las relaciones sexuales orales. Las mascarillas dentales latex, es decir, láminas de látex cortadas en cuadrados, también ofrecen cierta protección, pero aún no se han realizado estudios para comprobar su eficacia. Tampoco se han realizado estudios sobre la eficacia del papel plástico para protegerse

del VIH, pero bajo el microscopio, el papel plástico es poroso y puede permitir que el VIH salga.

21. ¿Aumenta el peligro de contraer la infección del VIH cuando se tienen muchas parejas sexuales?

Sí. Cuando se tienen relaciones sexuales con muchas parejas sin tomar las precauciones adecuadas, aumenta el peligro de entrar en contacto con alguna persona infectada con el VIH o con enfermedades venéreas como por ejemplo, la sífilis, la gonorrea y el herpes.

22. ¿Se puede propagar el VIH a través de la prostitución sexual?

Sí. Cuando el o la prostituto/a o su cliente están infectados con el VIH, pueden contagiar el virus a la persona sana si tienen relaciones sexuales sin tomar las precauciones adecuadas. Toda persona que practica el coito anal, oral o vaginal sin usar condones látex corre mayor peligro de contraer la infección del VIH y otras enfermedades venéreas.

23. ¿Pueden las enfermedades venéreas aumentar el riesgo de contraer la infección del VIH?

Cualquier lesión o herida causada por una enfermedad venérea como el herpes, la gonorrea o la sífilis puede contribuir a que el VIH penetre más fácilmente en la corriente sanguínea durante el acto sexual. Algunos estudios indican que hay porcentajes más elevados de la infección del VIH en los hombres y las mujeres que tienen sífilis.

24. ¿Puede el uso de condones látex durante las relaciones sexuales reducir el riesgo de contraer la infección del VIH?

Sí. El uso de condones de látex durante el acto sexual puede reducir el riesgo de contraer la infección del VIH porque disminuye al mínimo el contacto directo con el semen, la sangre y las secreciones vaginales que, según se ha comprobado, son fluidos corporales portadores del virus. Como los condones no son infalibles, no se debe confiar en ellos como único medio de defensa contra el VIH. Se tiene mayor protección cuando se usa algún espermaticida, por caso si el condón se perfora o se sale. Los condones se rompen aproximadamente en un 10% de los casos durante las relaciones vaginales y orales y aproximadamente en un 26%

de los casos durante las relaciones anales. Las fallas seguramente se deben a que no se ha guardado, manejado o usado los condones correctamente o a un control de calidad deficiente de parte del fabricante. Lo más seguro es evitar las relaciones sexuales vaginales, anales y orales cuando no se tiene seguridad de que la pareja sexual no está infectada.

(Los condones de piel animal no son una barrera eficaz contra el VIH porque permiten el paso del virus.)

25. ¿Puede el uso de un diafragma con espermaticida reducir el riesgo de contraer la infección del VIH?

Aunque no se han hecho estudios en seres humanos, los estudios de laboratorio y los estudios realizados en animales parecen indicar que el uso de un diafragma con espermaticida puede reducir el riesgo de contraer la infección del VIH. Se debe poner gel o crema espermaticida al borde y en la parte del diafragma que cubrirá el cuello del útero. Además, se recomienda poner espermaticida directamente en la vagina. Las mujeres sólo deben usar diafragmas con espermaticidas vaginales cuando no

puedan convencer a su pareja sexual de que debe usar condones látex.

26. ¿Se puede reducir el peligro de contagio de la infección del VIH usando solamente espermaticidas?

Aún no se ha comprobado con exactitud el grado de protección que ofrecen los espermaticidas, pero se sabe que los espermaticidas que se ponen dentro de la vagina suelen ofrecer cierto grado de protección contra el virus que se encuentra en el semen. Este método de protección sólo se debe usar cuando no hay otra alternativa. La mejor protección contra la infección del VIH son los condones látex con espermaticidas; el diafragma con espermaticida ofrece cierto grado de protección a la mujer.

27. ¿Pueden las píldoras para controlar la natalidad o los lavados con irrigador (douche) después de las relaciones sexuales evitar que una persona se infecte con el VIH?

No. Las píldoras para controlar la natalidad no protegen contra el VIH. Los lavados con irrigador tampoco son eficaces porque el semen en-

tra en el canal cervical casi inmediatamente después de la eyaculación. Según se ha comprobado, los condones látex (que evitan el contacto directo con el semen y las secreciones vaginales) con espermaticida son los más eficaces para reducir el riesgo de la transmisión del VIH durante las relaciones sexuales.

28. ¿Cómo se puede reducir el riesgo de infectarse con el VIH durante las relaciones sexuales?

Todas las personas sexualmente activas deben evitar tener relaciones sexuales sin tomar las precauciones adecuadas ya que éstas suponen el contacto directo con fluidos corporales (semen, secreciones vaginales, sangre) a menos que se sepa con seguridad que su pareja sexual no está infectada con el VIH. El uso de condones látex con un espermaticida que contenga nonoxidol-9 durante todas las relaciones sexuales vaginales y anales y de condones látex secos durante las relaciones orales reduce el riesgo de entrar en contacto directo con los fluidos corporales infectados. Se puede tener mayor protección usando también espermaticidas vaginales.

29. ¿Puede una persona que no tiene síntomas de la enfermedad transmitir el VIH?

Sí. Al principio, la mayoría de las personas infectadas con el VIH no presentan síntomas y ni siquiera saben que están infectadas. Cualquier persona infectada con el VIH puede transmitir el virus a otra persona a través de las relaciones sexuales cuando no se toman las debidas precauciones, o al compartir agujas o instrumentos para inyectarse drogas.

30. ¿Se puede uno infectar por estar en la misma casa con una persona infectada con el VIH o que tiene SIDA?

A través de muchos estudios se ha podido comprobar que el VIH no se transmite por el contacto casual, ni siquiera entre los miembros de una familia que viven en la misma casa.

31. ¿Se puede uno infectar por beber del mismo vaso o comer del mismo plato que una persona infectada por el VIH o que tiene SIDA?

Más de una década de experiencia demuestra que el VIH no se transmite en los hogares donde la gente sue-

le compartir platos o utensilios para beber o comer.

32. ¿Se puede contraer la infección del VIH en los restaurantes o por usar inodoros, surtidores de agua, teléfonos y medios de transporte públicos?

El VIH no se transmite por el aire, los alimentos o el agua, o por tocar un objeto que ha estado en manos de una persona infectada con el VIH o en contacto con su aliento.

33. ¿Se puede contraer la infección del VIH por tocar a alguien que está infectado con el virus?

No existen pruebas de que el VIH se transmita por ninguna forma de contacto casual; por ejemplo, apretones de mano, proximidad física en una muchedumbre, contacto físico en los deportes e incluso los besos superficiales.

34. ¿Se puede propagar el VIH en las piscinas de natación o en los jacuzzis?

No se han registrado casos de transmisión del VIH en las piscinas de natación ni en los jacuzzis. El virus probablemente muera en los niveles normales de cloro que se utilizan para desinfectar las piscinas públicas, los saunas

o los jacuzzis.

35. ¿Se puede contraer la infección del VIH por usar la afeitadora o el cepillo de dientes de otra persona?

Hasta la fecha no se han registrado casos de infección con el VIH vinculados al uso compartido de afeitadoras o cepillos dentales. Sin embargo, como los cepillos dentales y las afeitadoras pueden causar cortes o rasmilladuras, lo más prudente es evitar el uso compartido de instrumentos personales que puedan entrar en contacto con la sangre de otra persona.

36. ¿Se pueden contraer la infección del VIH a través de los tatuajes o por hacerse agujerar las orejas?

Hasta la fecha no se han registrado casos de contagio de SIDA a través de los tatuajes o por hacerse agujerar cualquier parte del cuerpo. Para protegerse de posibles infecciones, se recomienda esterilizar las agujas y el equipo que se emplea para estos procedimientos, antes de usarlos.

37. ¿Se puede contraer el SIDA o la infección del VIH por contagio de un compañero de trabajo?

No. El VIH no se transmite

por el contacto casual. No se han registrado casos de transmisión de SIDA entre simples amigos o compañeros de trabajo de personas infectadas con el VIH. No existe ninguna prueba de que la simple proximidad de una persona con VIH o SIDA, incluso por períodos prolongados, aumente el riesgo de contraer la enfermedad.

38. ¿Se corre peligro cuando se vive en un vecindario donde hay un hospital o un hogar para personas infectadas con el VIH o que tienen SIDA?

Ninguno, ya que el VIH no se transmite por el aire ni por ninguna clase de contacto casual.

39. ¿Pueden los mosquitos transmitir el VIH?

A través de los estudios realizados no se ha encontrado pruebas que indiquen que los mosquitos, u otros insectos o los roedores desempeñen papel alguno en la transmisión del VIH a los seres humanos.

40. ¿Se puede contraer la infección del VIH a través del uso de instrumentos dentales?

Se ha registrado un caso en el que se atribuye a un

dentista el contagio del VIH a cinco de sus pacientes. Sin embargo no se sabe con exactitud cómo se produjo este contagio. La posibilidad de contagio en un consultorio dental se considera remota. Los procedimientos que se usan corrientemente para desinfectar y esterilizar el equipo y los instrumentos dentales son eficaces contra el VIH, la hepatitis B y otras enfermedades que se transmiten a través de la sangre.

41. ¿Es justificado mi temor de que un médico, un dentista o algún otro profesional de la salud me transmita la infección del VIH?

Es muy poco probable que un médico, un dentista o algún otro profesional de la salud contagie a sus pacientes la infección del VIH u otras infecciones transmitidas a través de la sangre. A fin de proteger su propia salud y la salud de sus pacientes, los profesionales de la salud tienen obligación de tomar medidas adecuadas para reducir al mínimo el peligro de entrar en contacto directo con la sangre de los pacientes o viceversa. (Véase la pregunta 87 b).

Si desea saber qué medidas se toman en el consultorio de su médico o su dentista

para controlar la infección, no vacile en preguntar, ya que la mayoría de los profesionales de la salud no tendrán inconvenientes en explicarle qué precauciones toman.

42. ¿Corren los trabajadores sanitarios y otros grupos ocupacionales un mayor riesgo de contraer la infección del VIH?

Se calcula que en los Estados Unidos se producen cada año más de un millón de pinchazos y otras formas de exposición al contagio en el lugar de trabajo. Es probable que el 2% de los casos, o sea más de 20.000 casos, esté contaminado con el VIH. Hasta el 31 de diciembre de 1991, los Centros de Control de las Enfermedades habían informado que un total de 47 trabajadores sanitarios se habían infectado por el contacto con sangre infectada en el lugar de trabajo.

Esta información demuestra la necesidad de que los trabajadores sanitarios y otros grupos ocupacionales que están en contacto con los fluidos del cuerpo sigan estrictamente las normas de seguridad que se han establecido para evitar el contacto directo con fluidos del cuerpo potencialmente peligrosos cuando atienden a los pacientes.

INCIDENCIA DEL SIDA

Las siguientes estadísticas se refieren a los casos de SIDA que se ha registrado y no al número de personas que están infectadas con el VIH.

43. ¿Cuántos casos de SIDA se han presentado hasta la fecha?

Hasta el 31 de diciembre de 1991, se comunicó a los Centros de Control de las Enfermedades (CDC) la presencia de más de 206.000 casos de SIDA en los Estados Unidos y, desde que se identificó la enfermedad en 1981, cada año ha habido un aumento constante. Para obtener información actualizada sobre los casos que se han registrado en todo el país, llame al 1-800-342-AIDS, la línea directa del SIDA en el nivel nacional.

44. ¿Cuál es la distribución geográfica de los casos registrados de SIDA?

Hasta el 31 de diciembre de 1991, el 21% de los casos de SIDA que se presentaron en los Estados Unidos y cuya presencia se comunicó al CDC, se registraron en el Estado de Nueva York y el 19% en California. Se han

	Blancos	Afroamericanos	Hispanos	*Otras razas
Estados Unidos				
Población total	76%	12%	8%	4%
Casos de SIDA	54%	29%	16%	0,8%
Estado de Nueva York				
Población total	69%	14%	12%	4,2%
Casos de SIDA	36%	36%	27%	0,6%

registrado casos de SIDA en 50 estados, en el Distrito de Columbia, Puerto Rico y en más de otros 140 países.

45. ¿Cuántos residentes de Nueva York han contraído SIDA?

Hasta el 31 de diciembre de 1991, se había diagnosticado SIDA a más de 42.000 residentes de Nueva York. El 87% de estos casos se registraron en la ciudad de Nueva York.

46. ¿Cuántos hombres han contraído el SIDA?

Hasta el 31 de diciembre de 1991, se había diagnosticado SIDA a más de 181.000 hombres en los Estados Unidos. De esa cifra, el 20% eran residente del Estado de Nueva York.

47. ¿Cuántas mujeres han contraído SIDA?

Hasta el 31 de diciembre de 1991, más de 21.000 mujeres habían contraído

SIDA en los Estados Unidos. De esa cifra, el 31% eran residentes del Estado de Nueva York.

48. ¿Cuántos niños han contraído el SIDA?

Hasta el 31 de diciembre de 1991, unos 3.470 niños menores de 13 años habían contraído SIDA. De esa cifra, aproximadamente, el 27% vive en el Estado de Nueva York.

49. ¿Cuál es el desglose por grupos étnicos de los enfermos de SIDA?

(*Otras razas: asiáticos de las Islas del Pacífico, indígenas americanos, esquimales y de las islas Aleutianas)

50. ¿Cuántos enfermos de SIDA han fallecido?

A nivel nacional, hasta el 31 de diciembre de 1991, habían muerto más de 133.200 adultos y niños, cifra que representa el 65% de todos los pacientes a los cuales se le

ha diagnosticado SIDA. Aproximadamente 28.250 residentes de Nueva York, o sea el 66%, ha muerto de esta enfermedad.

51. ¿Cuántas personas están infectadas con el VIH en los Estados Unidos?

El Gobierno Federal calcula que en los Estados Unidos hay aproximadamente un millón de personas infectadas con el virus y que pueden desarrollar SIDA en el futuro.

52. ¿Existe esta enfermedad sólo en nuestro país?

El SIDA es un problema mundial. En la mayoría de los países y continentes del mundo se han registrado casos de SIDA, desde Norteamérica, Sudamérica, Europa, Australia, Africa, el Caribe hasta el Medio Oriente y Asia.

53. ¿Los factores de riesgo son los mismos aquí que en los demás países?

En general, la transmisión

del SIDA está vinculada en todas partes a los mismos factores de riesgo: relaciones sexuales sin tomar las precauciones adecuadas y uso compartido de agujas para inyectar drogas. Sin embargo, en algunos países extranjeros las transfusiones de sangre y el uso de instrumentos médicos no esterilizados, por ejemplo el uso reiterado de agujas y otros instrumentos puntiagudos o cortantes, también pueden propagar la infección del VIH entre los pacientes. Actualmente se están llevando a cabo estudios para comprender mejor las similitudes y diferencias que existen entre los casos de SIDA en los Estados Unidos y otros países.

DIAGNOSIS Y TRATAMIENTO

54. ¿Hay algún análisis de sangre para detectar el SIDA?

No. Sin embargo, con la prueba de los anticuerpos del VIH se pueden detectar los anticuerpos (substancias que la sangre produce para combatir organismos que ocasionan enfermedades) del VIH, el virus que causa el SIDA. La presencia de estos anticuerpos en la corriente sanguínea significa que la persona

está infectada con el virus. El resultado positivo de la prueba no quiere decir que una persona tenga SIDA. Hay pruebas de laboratorio que pueden detectar los daños sufridos por el sistema inmunológico a consecuencia de la infección del VIH y el SIDA.

55. ¿Una vez contraída la infección, cuánto tardan los anticuerpos del VIH en desarrollarse?

El cuerpo reacciona ante la presencia del virus, desarrollando anticuerpos casi inmediatamente. La mayoría de las personas infectadas con el VIH desarrollan una cantidad de anticuerpos suficientemente grandes como para ser detectada en la prueba de los anticuerpos después de unas cuantas semanas de contraída la infección, pero a veces tardan 6 meses o más en desarrollar anticuerpos. Todas las personas infectadas con el VIH, aunque no hayan desarrollado cantidades de anticuerpos detectables, pueden contagiar el virus a través de las relaciones sexuales cuando no se toman las precauciones adecuadas o a través del uso de compartido de agujas para inyectarse drogas. Una madre infectada con el VIH tam-

bién puede transmitir el virus a su bebé durante el embarazo, el alumbramiento o la lactancia.

56. ¿Deberían las personas esperar que se presenten los síntomas para someterse a la prueba?

No. Las personas que están preocupadas porque piensan que están infectadas con el VIH deberían consultar a un consejero especializado en el VIH y someterse a una prueba lo más pronto posible después de la exposición al contagio. El consejero les explicará en qué consiste la prueba y les hará sugerencias sobre la manera de reducir el riesgo de contraer la infección del VIH en el futuro. Si la exposición es muy reciente y el resultado de la prueba de los anticuerpos del VIH es negativo, el consejero tal vez les sugiera que vuelvan a someterse a la prueba en un lapso de tres meses a fin de que el cuerpo desarrolle la suficiente cantidad de anticuerpos para que puedan ser detectados en la prueba. Mientras más pronto se detecte la infección del VIH, más pronto se podrá iniciar un tratamiento médico que ayude a las personas a mantenerse sanas durante más tiempo.

57. ¿Dónde pueden someterse a la prueba para detectar los anticuerpos las personas que desean saber si están infectadas con el VIH o tienen SIDA?

El Departamento de Salud del Estado de Nueva York ha abierto en todo el Estado varios centros en los que se ofrecen pruebas y orientación gratuitas sobre el VIH para las personas que desean saber si están infectadas. En esos centros se explica a las personas qué clases de prueba hay, que significan los resultados de las pruebas y qué medidas preventivas deben tomar para reducir la exposición al contagio del virus y para evitar el posible contagio a otras personas en el futuro. Muchas clínicas y médicos particulares, por ejemplo, las clínicas para enfermedades venéreas, los programas de rehabilitación para drogadictos y los centros de salud comunitarios también ofrecen pruebas y orientación sobre el VIH. Toda información relacionada con el VIH es confidencial y está protegida por las Leyes del Estado de Nueva York. Si desea más información, llame al 1-800-872-2777, 1-800-541=AIDS, 1-800-233 SIDA (operadores que hablan español), a su médico particular

o al programa de pruebas y orientación sobre el VIH que le quede más cercano y cuya dirección figura al final de este folleto.

58. ¿Cuáles son los primeros síntomas de la infección del VIH?

Muchas personas infectadas con el VIH no presentan ningún síntoma y probablemente ignoren que son portadoras del virus. Algunas personas tienen síntomas leves y temporales, parecidos a los síntomas de la gripe, que desaparecen a los pocos días o a las pocas semanas después de contraída la infección. Otras personas presentan una hinchazón persistente en los ganglios linfáticos. Todas las personas infectadas con el VIH, presenten o no síntomas, pueden transmitir el virus a otras personas si tienen relaciones sexuales sin tomar precauciones adecuadas o si comparten cualquier tipo de agujas. Las mujeres infectadas con el VIH también pueden transmitir el virus a sus bebés durante el embarazo, el alumbramiento o la lactancia.

59. ¿Cuáles son los síntomas de la infección avanzada del VIH y el SIDA,

Muchos de los síntomas

de la infección avanzada del VIH son similares a los síntomas de otras enfermedades que no están relacionadas con el VIH. Si se presentan los siguientes síntomas, se debe consultar al médico para encontrar la causa y el tratamiento adecuado y para saber si se trata del VIH. Los síntomas son, entre otros, los siguientes:

- * cansancio extremado, acompañado a veces de dolores de cabeza, vértigos o mareos;
- * hinchazón de los ganglios linfáticos del cuello, las axilas o las ingles;
- * fiebre constante y transpiración nocturna;
- * pérdida de más de 10 libras de peso que no se deba a una dieta o a una mayor actividad física;
- * placas violáceas o descoloridas en la piel o en las membranas mucosas (en el interior de la boca, el ano o los conductos nasales);
- * tos seca, fuerte y constante que no se deba al cigarrillo o que haya durado demasiado tiempo para deberse a un resfrío o a la gripe;
- * dificultad progresiva para respirar;
- * diarrea constante;

- aftas, recubrimiento blanquecino y espeso de la lengua o en la garganta que puede ir acompañado de dolor de garganta.
- infecciones recurrentes de hongos vaginales;
- hemorragias inexplicables de cualquier orificio del cuerpo, de protuberancias de la piel o de las membranas mucosas;
- mayor propensión a los moretones y contusiones;
- falta de memoria, confusión, desorientación y otras señales de deterioro mental

60. ¿Cuándo se convierte en SIDA la infección del VIH?

El SIDA es la última etapa del desarrollo de la enfermedad ocasionada por el VIH. A una persona se le diagnostica SIDA cuando contrae una o más enfermedades oportunistas vinculadas a la infección del VIH. Entre esas enfermedades están una serie de infecciones y tipos raros de cáncer, así como enfermedades debilitantes que ocasionan una gran pérdida de peso o un gran deterioro físico y/o afectan al cerebro y al sistema nervioso. Entre las

enfermedades oportunistas más frecuentes se pueden mencionar la neumonía causada por *P. carinii* y el sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer que se manifiesta a través de manchas rojas o moradas en la piel.

61. ¿Qué tratamiento hay para la infección del VIH?

Se ha comprobado la eficacia de algunos medicamentos para ayudar a controlar el virus y prevenir o retardar el desarrollo del SIDA. Los estudios médicos realizados demuestran que mientras más pronto se administren esos medicamentos, mayores son las probabilidades de que una persona infectada con el VIH se mantenga sana por más tiempo. Algunos de los medicamentos que atacan al virus y contribuyen a evitar que se multiplique en el organismo. Entre esos medicamentos están la zidovudina (ZDV), que también se llama AZT, la didesoxinosina (ddl) y de didesoxicitidina (ddC). Hay otros tipos de medicamentos que se usan para combatir las diferentes infecciones y tipos de cáncer que suelen atacar a las personas infectadas por VIH. (Véase la Pregunta 68).

62. ¿Por qué es importante que las personas infectadas con el VIH reciban atención médica?

a) Evaluación y tratamiento iniciales: es importante que una persona infectada con el VIH reciba atención médica lo más pronto posible, una vez que le hayan diagnosticado la enfermedad, a fin de que le hagan pruebas para detectar otras enfermedades como la tuberculosis o enfermedades venéreas y le hagan el tratamiento necesario. El médico comprobará asimismo el grado de deterioro del sistema inmunológico del paciente y le recetará medicamentos para detener el progreso de la infección del VIH.

Si una mujer está embarazada o acaba de tener un bebé, el médico podrá prestar la atención médica adecuada tanto a la madre como al bebé. Generalmente, el desarrollo de la infección del VIH en los niños de corta edad no es igual al desarrollo de la infección en los adultos; algunos niños desarrollan la enfermedad más rápidamente. Es importante que los niños de corta edad infectados con el VIH reciban atención médica a la brevedad posible.

b) Evaluación y tratamientos periódicos: la evaluación

y el tratamiento periódicos permiten al médico controlar el estado del sistema inmunológico y el estado de la salud del paciente en general. El médico también puede informar al paciente sobre los tratamientos médicos nuevos y explicarle la importancia que tienen los buenos hábitos de salud.

63. ¿Qué relación existe entre la tuberculosis y el VIH?

Desde 1986 ha habido un resurgimiento de la tuberculosis en los Estados Unidos. Este resurgimiento se debe en gran parte a que las personas infectas con el VIH también están contrayendo tuberculosis.

La tuberculosis es una de las muchas enfermedades controladas por el sistema inmunológico. La mayoría de las personas que entran en contacto con el bacilo de la tuberculosis no se contagian porque los bacilos permanecen inactivos. Sin embargo, si el sistema inmunológico de esas personas se debilita, como sucede con las personas infectadas con el VIH, existen mayores probabilidades de que desarrollen tuberculosis activa. Los síntomas de la tuberculosis son similares a los síntomas de las de-

más enfermedades relacionadas con el VIH, o sea debilidad, malestar, pérdida de peso, fiebre y transpiración nocturna. Por esa razón, es muy importante que las personas infectadas con el VIH se sometan a la prueba para detectar la tuberculosis. La tuberculosis activa se puede prevenir tomando medicamentos antes de que los síntomas se presenten.

64. ¿Dónde pueden obtener información sobre los tratamientos experimentales las personas infectadas con el VIH?

Las personas que tienen SIDA o están infectadas con el VIH pueden dirigirse al Servicio de Informaciones sobre Experimentos Clínicos para Pacientes con SIDA, la fuente central de información sobre los estudios clínicos financiados con fondos del Gobierno Federal o fondos privados. Para mantenerse al día sobre los experimentos clínicos relacionados con el VIH y el SIDA, llame al: 1-800-TRIALS-A.

La Fundación Americana para la Investigación del SIDA (AmFAR, por su sigla en inglés) elabora y distribuye una guía de todos los estudios clínicos con medicamentos para combatir el VIH

que se realizan en el Estado de Nueva York (Guía de Estudios Clínicos del Estado de Nueva York). Si desea información para conseguir la guía, puede llamar al 212-682-7440.

Se puede obtener información adicional sobre los estudios clínicos que se realizan en Nueva York, Nueva Jersey, Connecticut y Philadelphia, llamando a la línea directa de Tratamientos Experimentales del Instituto del SIDA: 212-613-4348. A través de la línea directa se obtienen datos computarizados sobre los tratamientos experimentales que actualmente se llevan a cabo e información sobre estudios de casos individuales basados en el número de células T₄ del paciente.

65. ¿Dónde pueden recibir atención médica las personas que tienen SIDA o están infectadas con VIH?

Las personas que tienen SIDA o están infectadas con el VIH reciben, al igual que los demás pacientes, tratamiento en los hospitales, consultorios médicos, clínicas u otros centros de atención médica. Esas personas no constituyen un riesgo significativo para otros pacientes ni para las personas que los

atienden, siempre que esas últimas sigan las precauciones de seguridad recomendadas. Las personas que necesiten referencias sobre médicos y centros de atención médica pueden llamar a la línea directa del SIDA o dirigirse al programa de pruebas y orientación sobre el VIH que le quede más cercano y cuya dirección figura en la parte posterior de este folleto.

66. ¿Se especializan algunos hospitales en la atención de los enfermos de SIDA?

El Departamento de Salud del Estado de Nueva York ha designado a varios hospitales como Centros de Atención del SIDA, porque dichos hospitales han elaborado programas especializados para la atención médica de las personas que tienen SIDA o están infectadas con el VIH. Esos hospitales generalmente participan en programas relacionados con la investigación del VIH. Los Centros del SIDA tienen que coordinar la amplia gama de servicios médicos que necesitan los pacientes que tienen SIDA o están infectados con el VIH, incluidos los servicios de atención a pacientes internos y externos, aten-

ción a domicilio, servicios dentales, así como orientación psicológica y social. Algunos Centros del SIDA han creado unidades especiales para la atención de mujeres, niños y adolescentes que tienen SIDA o están infectados con el VIH.

67. ¿Existen centros especializados para la atención de las personas infectadas con el VIH o los enfermos de SIDA?

Hay una creciente necesidad de centros especializados para la atención de las personas infectadas con el VIH y los enfermos de SIDA, sobre todo cuando se trata de desamparados y personas que no cuentan con el apoyo de la familia. Para llenar esta necesidad, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York fomenta la creación de centros especializados en VIH y SIDA que prestan atención médica y otros servicios. Se estima que hasta fines de 1991 había 486 camas en centros especializados en la atención de personas infectadas con el VIH y de enfermos con SIDA.

68. ¿Quién paga el tratamiento de las personas que tienen SIDA o están infectadas con el VIH?

La atención de los pacientes que tienen SIDA o están infectados con el VIH, al igual que la atención de otras enfermedades, corre por cuenta de: El Gobierno (Medicaid y Medicare), compañías de seguro privadas y personas particulares. La mayoría de los seguros colectivos cubren los gastos del tratamiento médico de la infección del VIH y el SIDA, pero fijan límites a los montos de cobertura. El costo de la atención a un paciente infectado con el VIH o a un enfermo de SIDA puede llegar a \$50.000 al año.

Para adquirir cualquiera de los medicamentos utilizados en el tratamiento del VIH, se necesita receta médica. La mayoría de los medicamentos son caros, por eso se han creado programas para ayudar a los pacientes que no tienen seguros particulares ni otros recursos para pagar estos medicamentos. El Programa Medicaid del Estado de Nueva York cubre los gastos de los medicamentos de los pacientes que tienen derecho inscribirse en ese programa. El Programa de Asistencia para la Adquisición de Medicamentos contra el SIDA (ADAP), elaborado por el Estado de Nueva York, ofrece medicamentos gratis a otros pacientes que no tie-

nen recursos económicos. Si desea más información, llame al 1-800-542-AIDS.

69. ¿Se les puede negar cobertura de seguro de salud a las personas que tienen SIDA o están infectadas con el VIH?

Algunas compañías de seguro exigen que los nuevos solicitantes de pólizas de salud de sometan a la prueba para detectar los anticuerpos del VIH. Los tribunales han decidido que las compañías de seguro pueden negar la cobertura o aumentar el costo de las primas si el resultado de la prueba es positivo.

70. ¿Puede alguien sobrevivir al SIDA?

Algunos enfermos de SIDA todavía siguen vivos muchos años después del diagnóstico. Con los nuevos tratamientos se espera poder prolongar la expectativa de vida de los pacientes que tienen SIDA o están infectados con VIH. Como actualmente no hay cura para eliminar el virus del cuerpo, no se sabe cuanto tiempo pueden vivir los enfermos de SIDA.

71. ¿Hay alguna vacuna para prevenir el SIDA?

Actualmente no existe nin-

guna vacuna para proteger a las personas del VIH o el SIDA. Los investigadores de los EE.UU. y de otros países trabajan intensamente para descubrir una vacuna contra el SIDA. Los científicos opinan que se trata de una tarea difícil porque el virus puede cambiar la forma en el organismo humano.

EL SIDA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

72. ¿Cómo contraen los niños SIDA y la infección del VIH?

La mayoría de los niños infectados con el VIH contrajeron el virus por contagio de sus madres, probablemente por el intercambio de sangre en el útero o durante el nacimiento. Una madre infectada puede transmitir el virus a su bebé aunque no presente síntomas de la infección del VIH ni del SIDA. Además, puede transmitirse el virus a su bebé a través de la leche materna. Hay unos cuantos casos de niños que se infectaron por transfusiones de sangre antes de que se estableciera el control de los suministros de sangre a mediados de 1985.

73. ¿Qué probabilidades hay de que una madre in-

fectada con el VIH transmita el virus a su bebé?

Los estudios realizados indican que aproximadamente del 20 al 40% de los bebés que nacen de madres infectadas con el VIH contraerán el virus. Una madre infectada con el VIH puede transmitir el virus incluso aunque no presente síntomas de la enfermedad.

74. ¿Pueden los niños contraer la infección del VIH a través de la leche materna?

Sí. Se ha detectado el VIH en la leche materna. Ha habido unos cuantos casos en los que el SIDA probablemente se transmitió al niño a través de la leche materna. Por precaución, toda mujer infectada con el VIH debe abstenerse de dar el pecho a su bebé.

75. ¿Por qué es necesario que las mujeres que están planeando tener un hijo se sometan a la prueba para detectar los anticuerpos del VIH?

Toda mujer en edad de concebir deberían someterse a la prueba para detectar los anticuerpos del VIH antes del embarazo si sus parejas sexuales o ellas mismas se dedicaron a conductas que implican alto riesgo. Una mujer infectada puede transmitir

el virus a su bebé.

Las mujeres corren peligro de contraer la infección del VIH si alguna vez compartieron agujas u otros instrumentos para inyectarse drogas o no tomaron las precauciones adecuadas para tener relaciones sexuales con personas de las cuales no sabían si estaban infectadas con el VIH.

76. ¿Debería un padre, madre o tutor informar al pediatra que su hijo está infectado con el VIH?

Sí. El padre, la madre o el tutor deberían informar al pediatra que su hijo está infectado con el VIH para que le puedan hacer el tratamiento y el control adecuados.

77. ¿Debería un niño infectado con el VIH ser vacunado contra las enfermedades corrientes de la infancia?

Sí. Las vacunas son muy importantes para la salud de todos los niños, inclusive de aquellos que están infectados con el VIH. En los bebés y los niños infectados con el VIH, el efecto inmunizador de la vacuna disminuye a medida que la infección del VIH progresa. Por eso es necesario que el niño reciba atención médica lo más pronto posible después de la exposición al

contagio de cualquier enfermedad infantil, aunque ya este vacunado. No olvide avisarle al médico que su hijo es seropositivo para que le haga el tratamiento adecuado.

78. Si un niño está infectado con el VIH ¿Puede contagiar a otro niño?

En los Estados Unidos no se conoce ni se sospecha de ningún caso en el que la infección del VIH haya sido transmitida de un niño a otro en hogar, la escuela, la guardería o el asilo. Incluso se ha dado el caso de bebés gemelos, uno infectado y el otro no, que compartían el pecho de la madre, juguetes, alimentos, la cama y el corralito, sin que se produzca la transmisión del virus.

79. ¿Qué riesgo supone para un niño infectado con el VIH el contacto con sus hermanos u otros niños?

Los niños cuyos sistema inmunológico son atacados por el VIH son muy propensos a contagiarse infecciones de sus hermanos en la casa o de otros niños en las escuelas y guarderías. El médico del niño es quien está en mejores condiciones de evaluar el riesgo que corre el niño inmunodeficiente al asistir a la escuela, puesto

que está al tanto de su estado inmunológico.

80. ¿Qué recomienda el Estado de Nueva York con respecto a la asistencia a la escuela de niños que tienen SIDA o están infectados con el VIH?

En general, se debería permitir que los niños y estudiantes que tienen SIDA o están infectados con el VIH asistan a la escuela o a clases si están en condiciones de hacerlo. Las autoridades de las escuelas no tienen derecho al impedir que un alumno o maestro infectado con el VIH asista a las clases, ni tienen derecho a exigir que se revele que un niño, un padre o un maestro están infectado con VIH o se le ha diagnosticado SIDA.

Las decisiones sobre el tipo de ambiente educativo para los niños que tienen SIDA o están infectados con el VIH deben basarse en el comportamiento, el desarrollo neurológico y la condición física del niño. Toda evaluación debe hacerse de modo confidencial para proteger al niño contra una posible discriminación. Las personas llamadas a tomar decisiones al respecto son ante todo, los padres del niño, su tutor y el médico y, de

ser necesario, en consulta con el personal de Salud Pública y las autoridades de las escuelas.

81. ¿Representan un peligro los maestros, cocineros y otros empleados de las escuelas que tienen SIDA o están infectados con el VIH?

No. El VIH no se transmite por el aire, los alimentos, el agua ni por ningún tipo de contacto casual. No se han registrado en ninguna parte casos de infección con el VIH de los que se sepa o se sospeche que se han transmitido por la preparación de alimentos, el uso de inodoros públicos o surtidores de agua o por el simple contacto ordinario y prolongado con una persona que tiene SIDA o está infectada con el VIH.

82. ¿Qué pasa si mi hijo se hace amigo y compañero de juegos de un niño que tienen SIDA o está infectado con el VIH?

El contacto casual, incluso durante un período prolongado, no se considera peligroso. En estudios realizados sobre los hogares, no se han encontrado casos de niños que viven con una persona que tiene SIDA o la infección del VIH y se hayan contagiado

a través del contacto o las actividades cotidianas.

83. ¿Qué pasa si mi hijo está en la misma aula que un niño que tiene SIDA o está infectado con el VIH y vomita o tiene diarrea?

Se deben adoptar las precauciones para reducir al mínimo el contacto directo con las secreciones o excreciones de una persona enferma. Se aconseja a las personas encargadas de limpiar dichas secreciones que utilicen guantes y empleen como desinfectante una solución de blanqueador común y agua (1/4 taza de blanqueador diluida en 1 galón de agua.) Si bien se recomiendan estas precauciones, debe advertirse que no se ha vinculado ningún caso de infección del VIH al contacto con la orina, la saliva, los vómitos o los excrementos. Los fluidos corporales vinculados a la transmisión del VIH son la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna.

84. Puesto que el VIH se transmite por el contacto con la sangre, ¿podría contraerlo un niño durante una pelea en el recreo o durante la práctica de algún deporte en el que hay contacto

físico, como por ejemplo el fútbol americano?

Es muy poco probable que el contagio se produzca de esa manera. El contacto externo con la sangre que puede ocurrir a consecuencia de una lesión deportiva es muy distinto de la penetración directa en la corriente sanguínea que tiene lugar cuando se comparten agujas u otros instrumentos para inyectarse drogas.

85. ¿Por qué es necesario que los adolescentes sepan como se transmite el VIH?

Aunque menos del 1% de todos los casos de SIDA registrados en los Estados Unidos se da entre los adolescentes, casi el 20% de los casos registrados de SIDA se da en personas comprendidas entre los 20 y 29 años de edad. Es probable que muchas de esas personas se hayan infectado durante la adolescencia.

La adolescencia es una época de aprendizaje y experimentación. El deseo de experimentar con drogas y relaciones sexuales y la sensación de invulnerabilidad aumentan el peligro de que los adolescentes contraigan la infección del VIH. Si no se informa a los adolescentes

sobre las consecuencias de estos patrones de conducta peligrosos y si no se les ofrece otras alternativas, podrían continuar hasta la edad madura con sus prácticas peligrosas en materia de drogas y relaciones sexuales.

86. ¿Qué debo decirle a mi hijo sobre el VIH y el SIDA,

Para hablar de este tema con su hijo, usted debe informarse bien sobre el VIH y el SIDA. Hay una serie de fuentes de información básica sobre el VIH y el SIDA, por ejemplo, los departamentos de salud, la clínicas, los médicos, las bibliotecas y las organizaciones comunitarias relacionadas con el SIDA.

El Centro Nacional de Informaciones sobre el SIDA (National AIDS Information Clearinghouse) le puede proporcionar material informativo especialmente elaborado para los padres de familia sobre el SIDA (1-800-458-5231). También puede escribir a New York State Department of Health, AIDS Institute, Corning Tower, Room 270, Albany, NY 12237-0684.

Lo mejor es que hable con su hijo sobre este tema antes de que empiece a tener relaciones sexuales o se le ocurra incursionar en el campo

de las drogas. De esa manera establecerá canales de comunicación directos. Busque la oportunidad de hablar con su hijo sobre temas relacionados con el SIDA. Para iniciar la conversación, puede referirse a algún anuncio de radio o televisión, a algún artículo de periódico o preguntarle a su hijo qué ha aprendido en la escuela sobre el SIDA.

PREVENCIÓN DE LA PROPAGACIÓN DEL VIH

87. ¿Qué está haciendo para evitar la propagación del VIH?

a) Campañas de instrucción: cómo todavía no hay cura ni se ha descubierto una vacuna contra el SIDA ni contra la infección del VIH, el método de prevención más eficaz son las campañas informativas dirigidas al público en general y a las personas que se dedican a prácticas de alto riesgo. A través de las campañas de instrucción se exhorta a las personas a evitar o abstenerse de cualquier práctica vinculada a la posible propagación del SIDA o de la infección del VIH.

Se aconseja a todos los hombres y mujeres sexualmente activos que se abste-

gan de tener relaciones sexuales sin tomar precauciones adecuadas, a menos que sepan con toda seguridad que su pareja sexual no está infectada. El uso de condones látex con nonoxinol-9 durante las relaciones sexuales anales, orales o vaginales puede reducir la exposición directa a los fluidos del cuerpo y el riesgo de contraer la infección del VIH y otras enfermedades venéreas.

Se aconseja a los hombres y mujeres que han tenido o actualmente tiene relaciones sexuales con una o más parejas, de las cuales no saben si están infectadas con el VIH, que pidan orientación y se sometan a la prueba para saber si están infectadas con el VIH. Si una persona comprueba que está infectada, puede buscar asesoramiento para reducir el riesgo de contagio y recibir tratamiento oportunamente.

Se ruega encarecidamente a las personas que se inyectan drogas que no compartan agujas ni ningún otro instrumento para inyectarse drogas y que participen en programas de rehabilitación para drogadictos. Las personas que se inyectan drogas también deberían someterse a la prueba para detectar los anticuerpos del VIH. Mientras

no conozcan el resultado de la prueba y no estén seguros de que no están infectados, deben usar condones látex con un espermaticida que contenga nonoxinol-9 para reducir la posibilidad de contagio a otras personas a través de las relaciones sexuales. Si las personas que se inyectan drogas no tienen la seguridad de que sus parejas sexuales no están infectadas con el VIH, deben seguir usando condones látex con espermaticidas que contengan nonoxinol-9 a fin de protegerse contra el contagio de la infección.

Se advierte a las mujeres que se inyecten drogas o tienen relaciones sexuales con hombres que se han dedicado a prácticas que entrañan alto riesgo, que tengan en cuenta si están infectadas y quedan embarazadas, pueden transmitir el virus a sus bebés. El Departamento de Salud del Estado de Nueva York recomienda que todas las mujeres en edad de concebir hijos se sometan voluntariamente a un análisis de sangre para detectar los anticuerpos del VIH a fin de que sepan cuál es su estado de salud antes de quedar embarazadas.

b) Normas de seguridad: a todos los grupos ocupacio-

nales encargados de realizar tareas que conllevan el riesgo de entrar en contacto con la sangre y otros fluidos corporales (por ejemplo, secreciones vaginales, semen, fluidos que rodean órganos internos), se les recomienda que adopten precauciones especiales. Se han establecido normas de seguridad para los trabajadores sanitarios, personal de laboratorios, personal de las fuerzas del orden público, personal de ambulancias, empresarios de empresas de pompas fúnebres, personal de instituciones penitenciarias y otras personas.

Como no siempre se sabe quién tiene infecciones transmisibles a través de la sangre, es aconsejable adoptar precauciones en todo momento. Las principales precauciones son:

- El lavado de las manos después de estar en contacto con cualquier secreción o excreción;
- El uso de ropa protectora (guantes, delantales y/o gafas) adecuadas para realizar tareas que entrañan el riesgo de entrar en contacto con la sangre o los fluidos corporales;
- Precauciones especiales para echar a la basu-

ra agujas y objetos punzantes o cortantes.

c) Análisis de la sangre donada: Desde junio de 1985 se analiza en los Estados Unidos toda la sangre de los bancos de sangre para detectar la presencia de anticuerpos del VIH. La sangre que reacciona positivamente se elimina de los bancos de sangre. A las personas infectadas con VIH y a las personas que han realizado prácticas que entrañan un alto riesgo se les pide que se abstengan de donar sangre.

d) Análisis de semen, órganos y tejidos: todos los donantes potenciales de semen, órganos y tejidos son sometidos a la prueba de los anticuerpos del VIH. Además, las donaciones de semen se ponen en cuarentena durante seis meses y, antes de su utilización, se las vuelve a analizar para detectar los anticuerpos del VIH.

e) El estado de Nueva York ofrece la posibilidad de someterse a pruebas gratuitas de carácter anónimo para detectar los anticuerpos del VIH a las personas que deseen comprobar si han estado expuestas al VIH sin pedirles su nombre, su dirección ni ningún otro tipo de información que sirva para identificarlos.

f) Pruebas confidenciales

gratuitas para detectar los anticuerpos del VIH que se ofrecen en muchos departamentos de salud locales, clínicas subvencionadas con fondos estatales como los servicios de cuidado prenatal y planificación familiar y centros de salud comunitarios. Muchos de los médicos particulares también hacen pruebas confidenciales. El resultado de la prueba y las historias clínicas están protegidas por las leyes del Estado de Nueva York y no se las puede dar a conocer sin autorización.

88. ¿Qué servicios se ofrecen a las personas que tienen SIDA, están infectadas con el VIH o corren peligro de contraer la enfermedad?

Se ha elaborado una serie de programas financiados por el Estado de Nueva York para brindar al público servicios informativos y de extensión relacionados con el SIDA y la infección del VIH. Estos servicios consisten en:

- líneas telefónicas directas;
- sesiones de instrucción e información;
- material instructivo;
- orientación y pruebas gratuitas para detectar los anticuerpos del VIH;

- orientación para pacientes que tienen SIDA o están infectados con el VIH, así como para sus familiares y las personas expuestas al contagio de la infección del VIH;
- grupos de apoyo;
- asistencia para encontrar servicios médicos, dentales u otros servicios de salud;
- servicios de transporte a los lugares donde se presta asistencia médica;
- asistencia con problemas relativos a la cobertura de seguros, vivienda, derechos civiles y cuestiones legales.

89. ¿Por qué el Estado de Nueva York no obliga a toda la gente a someterse a la prueba de los anticuerpos del VIH?

Obligar a toda la gente a que se someta a la prueba del VIH podría ser contraproducente. Podría ahuyentar precisamente a las personas que podrían beneficiarse más con las pruebas y la orientación. Así se eliminaría la posibilidad de instruir a esas personas sobre la forma de evitar el contagio del VIH y reducir el peligro y no se les podría avisar dónde pueden recibir tratamiento. Las leyes del

Estado de Nueva York contienen disposiciones relativas a la realización de pruebas voluntarias a fin de facilitar la participación de las personas expuestas al peligro. De conformidad con las leyes, antes de someter a un residente del Estado de Nueva York a la prueba para detectar los anticuerpos del VIH, se le debe pedir su autorización por escrito.

90. ¿Qué se está haciendo para prevenir a las parejas de las personas infectadas sobre la presencia del VIH?

Los consejeros especializados en el VIH enseñan técnicas a los pacientes que prefieren hablar personalmente con sus parejas para avisarles que están infectados. El Estado de Nueva York ha elaborado un Programa de Asistencia para Informar a las parejas con el fin de ayudar a las personas infectadas con el VIH a ubicar y avisar a sus parejas sexuales y a las personas con las cuales comparten agujas para inyectarse drogas que han estado expuestas al contagio del VIH. Toda la información es estrictamente confidencial y la identidad de la persona infectada por el VIH se mantiene en reserva.

91. ¿Por qué el gobierno no aísla o pone en cuarentena a las personas que tienen SIDA o están infectadas con el VIH para evitar la propagación de la enfermedad?

El contacto casual con las personas que tienen SIDA o están infectadas con el VIH no representa un peligro para el público en general. El Estado de Nueva York está firmemente convencido de que la sociedad no puede menospreciar los derechos civiles de ningún individuo o grupo de individuos sin pruebas científicas suficientes que justifiquen dicha medida. Toda la información acumulada en los últimos diez años indica que el VIH se propaga sólo mediante el contacto directo con sangre, semen o secreciones vaginales o la leche materna de personas infectadas y no a través del aire, los alimentos o el contacto casual con los enfermos que tienen SIDA o están infectados con el VIH ni a través de los objetos que éstos hayan tocado o utilizado.

92. ¿Qué se está haciendo para detener la propagación del VIH en personas que se inyectan drogas intravenosas?

El Estado de Nueva York

ha ampliado los programas de rehabilitación para personas que se inyectan drogas y también ofrece orientación y pruebas para detectar los anticuerpos del VIH en varios centros en los cuales se atiende a las personas que podrían estar expuestas al contagio del VIH porque consumen drogas.

93. ¿Qué se está haciendo para proporcionar al público información precisa sobre el VIH y el SIDA?

El Departamento de Salud del Estado de Nueva York tiene líneas directas (1-800-541-AIDS, 1-800-233-SIDA y 1-800-872-2777) a las que se puede llamar gratuitamente para obtener información actualizada sobre el VIH y el SIDA. El Estado de Nueva York también subvenciona líneas directas de nivel local y campañas informativas sobre el SIDA por intermedio de grupos de trabajo regionales y otros grupos comunitarios. Además, de nivel estatal, se difunden anuncios por radio y televisión, folletos y prospectos dirigidos al público en general y a las personas que han realizado prácticas de alto riesgo. Por otra parte, se han organizado foros educativos para grupos ocupacionales y grupos de la comuni-

dad que se preocupan por el VIH y el SIDA. En todas las escuelas de Nueva York se ha impuesto la enseñanza obligatoria de la prevención del SIDA.

CUESTIONES DE DERECHO HUMANOS

94. ¿Cuáles son los derechos de las personas que tienen SIDA o están infectadas con el VIH?

Las personas que tienen SIDA o están infectadas con el VIH tienen los mismos derechos que los demás residentes del Estado de Nueva York. Desgraciadamente, algunas de esas personas han sido objeto de un trato injusto por parte de empleadores, propietarios de casas, vecinos, compañeros de trabajo y otras personas que tienen un temor injustificado al contagio del VIH. Ese trato es discriminatorio e ilegal en el Estado de Nueva York. Las personas que tienen SIDA o están infectadas con el VIH y creen haber sido víctimas de discriminación pueden presentar sus quejas ante la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York, llamando al 1-800-523-AIDS.

95. ¿Qué protección ofrece la Ley del Estado de Nueva York sobre el Carác-

ter Confidencial de la Infección del VIH?

Según las leyes del Estado de Nueva York, se deben orientar y proporcionar a las personas la información necesaria para que den su autorización por escrito antes de someterse a la prueba para detectar los anticuerpos del VIH. Esta ley también protege el carácter confidencial de la información relacionada con el VIH. Las personas que creen que se ha revelado información relacionada con el VIH sin su consentimiento, pueden presentar sus quejas ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando a la Línea Directa Confidencial: 1-800-962-5065. La divulgación no autorizada de esta información será castigada con sanciones civiles y/o penales.

96. ¿Pueden los médicos avisar a una persona que la prueba del VIH de su pareja ha dado un resultado positivo?

De acuerdo con la ley sobre el carácter confidencial de la infección del VIH, los médicos deben recomendar a los pacientes cuya prueba para detectar los anticuerpos del VIH es positiva, que avisen el resultado de la prueba a sus parejas sexuales o las

personas con las cuales comparten agujas o que pidan la ayuda de las autoridades de salud pública para avisar a sus parejas. Si un paciente se niega a hacerlo, el médico puede avisar a la pareja sexual o a la persona con la que el paciente comparte agujas, que corre peligro de contraer la infección del VIH, aunque el paciente no dé su autorización. Sin embargo, el médico no puede revelar el nombre del paciente a la pareja sexual ni a la persona con que éste comparte agujas.

97. ¿Se puede despedir del empleo a una persona por el solo hecho de tener SIDA o estar infectada con el VIH?

No. No se puede despedir del empleo a una persona porque está infectada con el VIH. Según se ha informado, algunos empleadores discriminan a las personas infectadas con el VIH a pesar de que las autoridades de salud pública han afirmado en reiteradas oportunidades que no hay ninguna razón para excluir las de los puestos de trabajo mientras se sientan bien para realizar su trabajo en forma satisfactoria. Las personas que creen ser objeto de discriminación por parte de sus

empleadores pueden quejarse ante la División Estatal de Derechos Humanos, llamando al 1-800-523-AIDS.

98. ¿Se debería prohibir que las personas infectadas con el VIH trabajen en lugares donde están en contacto con el público?

No se han presentado casos en los cuales se sospeche que el SIDA fue transmitido por el contacto casual, el aire, los alimentos o el agua. Si una persona que tiene SIDA o está infectada con el VIH se siente con ánimo suficiente para trabajar, deberá permitírsele que lo haga.

99. ¿Puede el personal de los hospitales o las ambulancias negarse a prestar servicios a un enfermo de SIDA o a una persona infectada con el VIH?

Los trabajadores sanitarios que se niegan a prestar servicios a los pacientes con SIDA o a las personas infectadas con el VIH podrían ser despedidos y sufrir sanciones disciplinarias. Los hospitales y servicios de ambulancias tienen la obligación de atender a los enfermos y de contratar al personal capacitado para ejecutar esa tarea. Es necesario realizar constantemente campañas infor-

mativas para que todos los trabajadores sanitarios comprendan cuáles son las posibles vías de transmisión del VIH y adopten las precauciones de seguridad recomendadas.

100. ¿Pueden las empresas de pompas fúnebres negarse a embalsamar a las personas que han muerto de SIDA o de enfermedades relacionadas con el VIH?

No. Según las leyes de derechos humanos, las empresas de pompas fúnebres no pueden discriminar a las personas fallecidas ni a sus familiares a causa del diagnóstico del SIDA o de la infección de VIH que se haya hecho a dichas personas. No obstante, si una empresa de pompas fúnebres no presta ese tipo de servicio, no se le puede obligar que embalsame a una persona que ha muerto de SIDA o una enfermedad relacionada con el VIH.

PARA REDUCIR EL PELIGRO DE LA INFECCION DEL VIH

El VIH no es un virus que se transmite fácilmente. El VIH se propaga a través del contacto directo con los flui-

dos infectados del cuerpo, ante todo la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. El contacto directo con los fluidos del cuerpo que contienen sangre visible de una persona infectada también puede aumentar el peligro de contagio.

De acuerdo con la información precedente, las siguientes precauciones no eliminan el riesgo de contraer o propagar la infección del VIH, pero pueden reducir el riesgo de contraer la infección o contagiar el virus a otras personas:

RELACIONES SEXUALES MAS SEGURAS

- Hable con su pareja sobre las relaciones sexuales más seguras. A menos que usted tenga la seguridad de que su pareja sexual no está infectada con el VIH, usted debe adoptar precauciones para protegerse del VIH y de otras enfermedades venéreas.

- Use siempre condones látex cuanto tenga relaciones sexuales anales, orales o vaginales. (Los condones de piel animal no son una barrera protectora eficaz contra el VIH).

- Use condones látex con

un espermaticida que contenga nonoxinol-9 para reducir aún más el riesgo de contraer la infección del VIH durante las relaciones sexuales vaginales y anales. (Véase la pregunta N° 17)

- Cuando use lubricantes con condones látex, use siempre lubricantes a base de agua, como por ejemplo la jalea K-Y. (Los condones látex se rompen con lubricantes a base de aceite o petróleo como la vaselina.)

- Durante las relaciones sexuales orales, se deben usar condones de látex secos sin lubricantes. Para aumentar el efecto protector de un condón contra el VIH ponga en la punta una pequeña cantidad de espermaticida con nonoxinol-9 dentro del condón.

- El uso de diafragmas con un espermaticida que contenga nonoxinol-9 suele ofrecer cierto grado de proyección contra el VIH, pero ese efecto protector es mucho menor que el de los condones látex.

- Los espermaticidas por sí solos pueden ofrecer cierta protección contra el VIH, pero sólo se deben usar cuando no hay otra alternativa (es mejor que tener relaciones sexuales sin protección alguna).

DROGAS INYECTABLES

El VIH se puede transmitir a través del uso compartido de agujas e instrumentos para inyectarse cualquier sustancia, por ejemplo, heroína, cocaína, esteroides, etc. por vía intravenosa, muscular o subcutánea.

- Lo mejor es someterse a un tratamiento de rehabilitación y no inyectarse drogas, pero si usted sigue inyectándose drogas, no comparta agujas ni ningún otro instrumento.

- Use siempre agujas e instrumentos desinfectados con blanqueador, aunque estén empaquetados y parezcan nuevos.

- Lave las agujas y los instrumentos con un blanqueador sin diluir y enjuáguelos con agua limpia de la siguiente manera: aspire el blanqueador con la aguja hasta llenar la jeringa, sacuda bien y luego apriete el émbolo para expulsar todo el líquido. Repita este procedimiento 2 ó 3 veces. A continuación, aspire agua limpia a través de la aguja hasta llenar la jeringa y expúlsela. Repita este procedimiento 2 ó 3 veces. Nunca se inyecte ni beba el blanqueador.

- No vuelva a usar el mismo algodón, la misma agua

ni la misma cuchara (cúquer), pero si vuelve a usar la cuchara, suméjrala en el blanqueador y enjuáguela con agua limpia.

- Como el blanqueador pierde su eficacia cuando está expuesto a la luz, guarde el blanqueador que usa para lavar sus agujas e instrumentos en un recipiente opaco.

DROGAS NO INYECTABLES

- El uso de drogas no inyectables que alteran el estado de ánimo también puede exponer a las personas al peligro de la infección del VIH. Las drogas como el alcohol, la marihuana o el crack cocaína disminuyen la capacidad de un individuo para actuar sensatamente cuando se trate de tomar precauciones adecuadas para tener relaciones sexuales más seguras o desinfectar las agujas y los instrumentos antes de usarlos.

OTRAS MEDIDAS DE PRECAUCION

- Nunca comparta agujas para tatuaje ni agujas para agujerear cualquier parte del cuerpo (por ejemplo, las orejas, la nariz, etc.).

- Evite el uso compartido

de cepillos de dientes, navajas de afeitar u otros objetos personales que podrían estar con sangre.

- Los trabajadores sanitarios, las personas que trabajan en laboratorios, el personal de las empresas de pompas fúnebres y otras personas cuyo trabajo entrañe el contacto con fluidos corporales deben seguir estrictamente las normas de seguridad recomendadas para reducir al mínimo la exposición al contagio del VIH, la hepatitis B y otras enfermedades transmitidas por la sangre.

- Las personas que tienen SIDA, están infectadas con el VIH o están expuestas al contagio de la infección del VIH debido a sus patrones de conducta deben abstenerse de donar sangre, plasma, órganos, espermatozoides, médula espinal u otros tejidos.

- Las personas que tienen SIDA o están infectadas con el VIH deben evitar las prácticas sexuales que den lugar a un contacto directo con los fluidos del cuerpo. Sin embargo, si participan de cualquier actividad sexual que a que haya un contacto directo con los fluidos del cuerpo, deben usar condones látex con un espermaticida que contenga nonoxinol-9 para

reducir el riesgo de contagiar a su pareja la infección del VIH,

• Las mujeres que tienen SIDA o están infectadas con el VIH deben tener en cuenta que si quedan embarazadas,

sus bebés corren gran peligro de infectarse con VIH. A las mujeres que tienen SIDA o estén infectadas con el VIH se les ruega que no den el pecho a sus bebés porque el virus puede transmitirse

a través de la leche materna.

• Las personas que tienen SIDA o están infectadas con el VIH deberían someterse a exámenes médicos regulares.

Cuidando a Alguien con SIDA

Información para amigos, familiares, personas con quienes conviven y otras que cuidan a una persona con SIDA en el hogar.

Uno de los mejores lugares para cuidar a una persona con SIDA es en su hogar, donde se encuentra rodeada de los que pueden ofrecerle cariño y cuidado.

La mayoría de las personas con SIDA pueden llevar una vida activa durante períodos prolongados. En realidad una persona con SIDA no necesita hospitalización durante la mayor parte del tiempo. La persona con SIDA a menudo se recobra de enfermedades asociadas con el SIDA con mayor rapidez y comodidad en su casa, con el apoyo de sus amigos y seres queridos. Además, el cuidado en el hogar puede reducir la tensión y el costo de la hospitalización.

Cada persona con SIDA es diferente, y es afectada por la enfermedad de manera diferente y en grado diferente. Usted puede mantenerse informado por el médico o la enfermera de la persona con SIDA acerca de la cantidad y clase de cuidado que ésta necesita. Con frecuencia, una de las cosas que la persona con SIDA tiene más dificultad es en continuar con las rutinas diarias como de hacer las compras, recibir y contestar la correspondencia, pagar las cuentas y poner en orden su casa. Estas son algunas de las tareas en que usted puede desempeñar un papel importante.

¿QUE NECESITARA HACER USTED?

Si planea cuidar a una persona con SIDA en su hogar, debiera considerar tomar un curso de cuidado en el hogar. Póngase en contacto con su capítulo local de la Cruz Roja, con la Asociación de Enfermeras Visitadoras o con la agencia de servicios para SIDA para enterarse del adiestramiento ofrecido en su área para cuidado de pacientes en el hogar.

Aunque no siempre es posible, es bueno que usted conozca al médico del enfermo, o por lo menos a la enfermera, al trabajador social y a otros proveedores de cuidados. Póngase de acuerdo con ellos para crear un plan de cuidado en el hogar. Pídales que le den instrucciones claras, por escrito, en cuanto a medicamentos y procedimientos. Asegúrese de conocer cualquier reacción adversa a los medicamentos que pudiese ocurrir. Aprenda a quién tiene que llamar y qué es lo que tiene que hacer en caso de una emergencia.

Prepárese para mantener informado al médico o enfermera acerca de cualquier cambio que ocurra en la salud o en el comportamiento de la persona. Por ejemplo, la tos, fiebre, diarrea o confusión puede indicar una infección o complicación que requiera tratamiento especial u hospitalización. El médico o la enfermera también le comunican-

rán cuáles son los cambios en el estado de la persona que indicarían que el cuidado en el hogar ya no sería la mejor opción para la persona con SIDA.

COMO PROPORCIONAR APOYO EMOCIONAL PARA LA PERSONA CON SIDA

Es importante pensar acerca del bienestar emocional de la persona que está a su cuidado. Como las necesidades emocionales de cada persona son diferentes, no existe un enfoque aplicable para todos.

Aquí tiene algunas sugerencias para prestar apoyo emocional a personas con SIDA.

- * Aliente a la persona con SIDA a ocuparse de su propio cuidado, a establecer un programa y a tomar decisiones en todos los casos en que sea posible. Estas actividades le proporcionarán un sentido de control sobre su vida y de independencia.

- * No evite a la persona con SIDA. Inclúyala en sus actividades siempre que sea posible. Usted no necesita hablar constantemente: su compañía puede ser más importante que sus palabras. El mero hecho de que usted esté allí mientras lee o mira televisión puede ser apreciado. Permítale tiempo para la tranquilidad; como todo el mundo, la persona enferma puede sentir ira, frustración, depresión y todas las otras emociones.

- * No tema hablar de la enfermedad. A menudo la persona con SIDA necesita

hablar de su enfermedad para poner en orden lo que está ocurriendo en su propia mente. Ofrezca encontrar consejería profesional si la desea. Permita que los médicos, enfermeras y trabajadores sociales entiendan su relación con la persona con SIDA y el papel que desempeña usted como proveedor de cuidado.

- * No tema tocar a una persona con SIDA. Un apretón de manos, un abrazo o un masaje de la espalda puede levantar mucho el espíritu del enfermo. Sin embargo, muestre sensibilidad a la persona que no quiere aceptar la proximidad física.

El virus que causa el SIDA puede causar daños cerebrales y problemas psicológicos, los que pueden incluir dificultad en pensar con claridad y cambios en los sentimientos o el humor. La demencia es un problema común para la persona con SIDA. La persona con SIDA puede estar confundida y no poder concentrarse, moverse, hablar y pensar con mayor lentitud; no estar completamente alerta, perder el interés y placer en su trabajo y en la mayoría de sus otras actividades, y presentar cambios imprevisibles o exagerados en el humor.

Estos problemas pueden perturbar mucho a la persona con SIDA y a los que los rodean. También puede dificultar el mantenimiento de rutinas para cuidado en la casa y para proteger a la persona con SIDA contra la infección. Si se desarrollan éstos y otros problemas psicológicos, deben discutirse con el médico, la enfermera, el trabajador social o el profesional de salud mental.

COMO PUEDE USTED PROTEGERSE CONTRA LA INFECCION CON EL VIRUS CAUSANTE DE SIDA

El virus causante de SIDA es el virus de inmunodeficiencia humana. Usted oír que se los llama por sus iniciales en inglés HIV. Los estudios indican que el HIV está presente en la sangre, el semen y los fluidos vaginales de personas infectadas, y que normalmente se transmite por:

- * tener relaciones sexuales con una persona infectada con HIV, o bien
- * usar, compartir o pincharse con una aguja o jeringuilla hipodérmica que haya sido usada previamente por o para una persona infectada con HIV.

Además, las mujeres infectadas con HIV pueden transmitir el virus a sus bebés durante el embarazo o al dar a luz. En algunos casos también pueden pasarlo mientras amamantan al bebé. Algunas personas han sido infectadas al recibir transfusiones de sangre, aunque el riesgo de infección virtualmente ha sido eliminado desde la institución, en 1985, de técnicas de selección y ensayos de laboratorios cuidadosos de los abastecimientos de sangre.

Usted no contraerá el virus de SIDA por el contacto diario. Usted no puede contraerlo desde el aire, los alimentos, el agua, los insectos, los animales, los platos o los asientos del inodoro. Debido a que el virus que causa SIDA se encuentra en la sangre de las personas infectadas, usted debe considerar a la sangre y otros fluidos corporales que contienen sangre visible (por ejemplo,

las heces sanguinolentas) como una fuente potencial de infección. Sin embargo, entre los numerosos casos en que los que cuidaban de estos enfermos entraron en contacto con sangre infectada con HIV, sólo ocurrió un número pequeño de infecciones por HIV, las que ocurrieron debido a lesiones por pinchazos de agujas, o cuando se salpicó sangre sobre la piel con llagas o lesiones, o en las membranas mucosas (boca, nariz, u ojos). No se ha oído de infección alguna por HIV que haya ocurrido cuando no habían llagas o lesiones. El riesgo de infectarse con HIV debido a una lesión causada por un pinchazo con una aguja, o porque la sangre entre en contacto con la piel, es muy bajo. Ciertas precauciones simples pueden virtualmente eliminar este riesgo de por sí reducido. Use guantes si tiene que entrar en contacto con la sangre o con fluidos corporales manchados de sangre. Además, si tiene algún corte, llaga o lesión en la piel expuesta, cúbralas con una venda.

Usted querrá usar guantes para limpiar artículos manchados con orina, heces o vómito para evitar otros gérmenes, aunque no se ha observado que tales contactos den lugar a infecciones por HIV.

Se pueden usar dos tipos de guantes, dependiendo de la tarea. Cuando proporcione cuidados de enfermero a un paciente con SIDA, puede usar guantes desechables como los usados en el hospital para evitar el contacto con la sangre. Estos guantes deben usarse un sola vez y descartarse. Para las tareas del hogar que implican contacto con la sangre, también pueden usar guantes de goma caseros, los que pueden lavarse, desinfectarse y volverse a usar. Asegúrese, eso sí, de que estén en buenas condi-

ciones: no use guantes que se estén pelando, que estén rajados o que presenten agujeros.

Lávese siempre las manos con agua y jabón después de cualquier contacto manual con la sangre, aun si ha estado usando guantes. Además de usar guantes, si se encuentran presentes grandes cantidades de sangre, puede querer usar un delantal o guardapolvo para evitar que se manchen las ropas. Si la persona con SIDA sangra con frecuencia o en abundancia, póngase en contacto con el médico o la enfermera ya que es posible que el cuidado en la casa ya no sea adecuado. Retire la sangre de las superficies y recipientes usando agua y jabón o una solución de limpieza casera, y después desinfecte el área con una solución preparada mezclando blanqueador casero y agua.

Las mismas precauciones que toma cuando está presente la sangre, deben tomarse en presencia de secreciones vaginales y semen.

Si la persona con SIDA es diabética, sufre de hemofilia o recibe algún otro tratamiento especial en el hogar, es posible que estén presentes agujas hipodérmicas para medicamentos. Tenga cuidado al manipular las agujas para evitar pincharse.

* No tape nuevamente las agujas a mano, no saque las agujas de las jeringas y no las rompa, ni doble, ni manipule de cualquier otra manera porque podría pincharse mientras lo hace.

UNA SOLUCION: DESINFECTANTE UTIL

Una solución de una parte de blanqueador recientemente diluida con 100 partes de agua (por ejemplo, una

cucharada en un cuarto de agua) puede usarse en los pisos, lluvias, bañeras, vertederos y otros artículos como lampazos y esponjas. Use guantes mientras limpie sangre y lávese las manos con agua y jabón después de quitárselos. Descarte la solución de blanqueador después de 24 horas ya que es menos eficaz cuando envejece. Mantenga la solución fuera del alcance de los niños.

- * Cuando esté manipulando una aguja y jeringuilla usada, tómela por el cuerpo de la jeringuilla y déjala caer con cuidado en un recipiente a prueba de pinchazos. El médico, la enfermera o la organización de servicio de SIDA puede proporcionarles un recipiente especial para este propósito. Si no dispone de un recipiente especial, puede usar cualquier recipiente a prueba de punción que tenga una tapa de plástico, por ejemplo: una lata de café.
- * Mantenga el recipiente de desecho en la habitación en donde se usen agujas y jeringuillas, pero bien fuera del alcance de los niños y visitantes.
- * Asígurese de descartar el recipiente antes de que se llene con agujas. Pida más información a su médico o enfermera acerca de cómo descartar el recipiente.
- * Si se pincha con una aguja usada, lávese a fondo el sitio de exposición con agua y jabón y luego póngase en contacto con su médico a la mayor brevedad para obtener una evaluación, consejos y, tal vez, tratamiento.

Las ropas usadas por la persona enferma con SIDA y las de su cama pueden

lavarse como se haría normalmente. Cuando se use una lavadora automática de ropa, use jabón o detergente y ciclos de lavado con agua caliente o fría. Siga las instrucciones dadas en el paquete de jabón o detergente.

Si están presente manchas de sangre, semen o secreciones vaginales, las mismas tal vez puedan quitarse poniendo las ropas en remojo en agua fría y usando blanqueador. Sin embargo, no es necesario agregar blanqueador a las máquinas de lavado para matar el virus. Las ropas también pueden limpiarse a seco o lavarse a mano.

Una persona con SIDA no necesita platos o utensilios de comer distintos, y los platos usados por una persona con SIDA no requieren métodos especiales de limpieza. Deben lavarse del modo normal, con jabón o detergente y agua caliente.

Una persona con SIDA puede cocinar para otros siempre que no tenga diarrea causada por un germen que pueda transmitirse en los alimentos. Es una buena idea para cualquiera que cocine, incluso una persona con SIDA, el lavarse las manos antes de comenzar la preparación.

Una persona con SIDA no debe compartir navaja o cepillos de dientes porque estos artículos algunas veces causan sangrado.

Descarte en el inodoro todos los desperdicios líquidos que contienen sangre. Tenga cuidado de evitar salpicar sangre cuando esté echando los líquidos en el inodoro. Los pañuelos de papel y otros artículos también pueden tirarse por el inodoro, y que presentan sangre, semen o fluido vaginal, también pueden ser descartados en el inodoro.

Las toallas de papel, los paños higiénicos

y los tampones vaginales, las vendas de heridas y otros artículos manchados de sangre, semen o fluido vaginal que no pueden descartarse en el inodoro deben colocarse en una bolsa de plástico. Cierre bien la bolsa antes de colocarla en una lata de basura. Consulte a su médico, enfermera o departamento local de salud para asegurarse de estar cumpliendo con las reglamentaciones de disposición de basuras vigentes en su área.

PROTEGIENDO A LA PERSONA CON SIDA CONTRA INFECCIONES

Una persona con SIDA o enfermedades relacionadas con SIDA tiene dificultades en combatir ciertas infecciones. La persona con SIDA debe evitar el contacto estrecho con personas que presentan enfermedades contagiosas hasta que los síntomas hayan desaparecido. Entre ellas se incluyen enfermedades como catarros, gripe, el "flu" intestinal (gastroenteritis).

Si usted tiene un catarro o gripe y no tiene a nadie que pudiese suplantarle para proporcionar el cuidado al paciente, debe usar una mascarilla de tipo quirúrgico y lavarse las manos antes de tocar a la persona con SIDA.

Si tiene infecciones cutáneas como granos, ampollitas de resfrío o de fiebre (herpes simplex) o culebrilla (zóster), debe evitarse el contacto estrecho con la persona con SIDA. Si no puede evitar el contacto, debe mantener cubiertas las lesiones cutáneas y lavarse las manos antes de tocar al paciente. Use guantes si tiene una erupción cutánea o llagas en las manos.

Si hay animales domésticos en la casa, la persona con SIDA debe lavarse las manos

con agua y jabón antes de tocarlos y especialmente después de limpiar las cajas donde el animal defeca o las áreas donde vive (como las jaulas y los tanques). Esto tiene por objeto protegerse contra las infecciones de que los animales puedan ser portadores. Las cajas donde los animales defecan deben vaciarse (no rastillarse) diariamente. Los pájaros deben ser examinados por un veterinario para descartar la posibilidad de psitacosis, una enfermedad que puede ser grave para una persona con SIDA. Los animales enfermos deben llevarse inmediatamente al veterinario. La persona con SIDA no debe tocar a los animales enfermos ni a sus cajas de desechos.

Todos los que cuiden o vivan con una persona con SIDA deben considerar aplicarse una vacuna contra la gripe (influenza) para reducir la posibilidad de contraerla y de transmitir la enfermedad a la persona con SIDA. Para ser eficaces, las vacunas contra la gripe deben aplicarse todos los años.

Todos los que cuidan o vivan con una persona con SIDA deben de tener al día todas sus vacunas de la "niñez", no sólo para su propia protección, sino también para evitar contraer cualquiera de estas enfermedades fuera del hogar y transmitirla a la persona con SIDA.

Aunque crea que usted y todos los que viven con la persona con SIDA han recibido todas las vacunas recomendadas para la niñez, pregunte a su médico si necesita revacunaciones para sarampión, paperas o rubéola, ya que esas vacunas pueden no haber estado disponibles en su niñez. Si la persona con SIDA se expone al sarampión, póngase en contacto con el médico del paciente dentro de las 24 horas. Hay una

medicina especial que, si se da rápidamente, puede ayudar a evitar que se desarrolle sarampión en una persona con SIDA.

Los niños y adultos que viven con una persona con SIDA y que necesitan una vacuna contra la poliomelitis, deben recibir una de forma especial conocida como vacuna de "virus inactivado". La vacuna oral para la poliomelitis (gotas en la lengua o "vacuna en el cubo de azúcar") puede ser peligrosa para una persona con SIDA.

La varicela puede ser muy grave para una persona con SIDA y hasta causarle la muerte. Si la persona con SIDA ha tenido varicela en el pasado probablemente no la vuelva a contraer. Sin embargo, de cualquier modo deben tomarse las siguientes precauciones.

- * Bajo ninguna circunstancia debe una persona con varicela estar en el mismo cuarto que una persona con SIDA hasta que toda la varicela haya desarrollado costras.
- * Cualquiera que haya estado expuesto recientemente a la varicela pero que no haya desarrollado todavía varicela no debe estar en el mismo cuarto que la persona con SIDA desde el día 10 al día 21, después de la exposición. Si no es posible estar fuera de la habitación, mantenga el tiempo de exposición a un mínimo. La persona expuesta debe usar una mascarilla de tipo quirúrgico y lavarse las manos antes de proporcionar cualquier cuidado.
- * La mayoría de los adultos ya han tenido varicela, pero las personas que cuidan de la salud deben estar especialmente alertas para verificar si los

niños que visitan o viven con la persona con SIDA, y que no han tenido varicela, han sido expuestos recientemente.

- * Si usted tiene culebrilla (zóster), no debe cuidar a la persona con SIDA hasta que todas las lesiones hayan cicatrizado. Esto se debe a que el contacto con la culebrilla puede causar varicela en una persona que no la ha contraído. Si no tiene a nadie más para cuidar a la persona con SIDA, las lesiones deben mantenerse completamente cubiertas y lavarse las manos cuidadosamente antes de proporcionar cualquier cuidado.
- * Si la persona con SIDA ha sido expuesta a varicela o culebrilla, póngase en contacto con su médico dentro de las 24 horas. Hay una medicina especial que, si se administra rápidamente, puede ayudar a evitar que el paciente desarrolle las complicaciones graves de la varicela.

El manejo de los alimentos para la persona con SIDA requiere un poco de cuidado especial (aunque estas reglas se aplican, en realidad, a cualquiera).

La persona con SIDA puede comer virtualmente cualquier cosa que apetezca (cuanto más sano el apetito, mejor). Sin embargo, hay ciertas reglas que deben seguirse para proteger al paciente contra el riesgo de ciertas enfermedades e infecciones.

- * Evite la leche cruda (no pasteurizada).
- * Nunca sirva huevos crudos. Recuerde que pueden estar presentes en la mayonesa hecha en casa, la salsa holandesa, los helados caseros, los dulces

de frutas así como otros alimentos que pueden parecer saludables.

- * Las carnes y aves deben cocerse bien y no estar rosadas en el centro. El pescado crudo o los mariscos, así como las carnes y aves crudas o poco cocidas, también pueden causar problemas.
- Como puede ver, es importante que los alimentos estén bien cocidos. También hay algunas otras precauciones que pueden tomarse durante la preparación para evitar la contaminación cruzada. Esto es especialmente importante cuando esté manipulando aves y carnes crudas.

- * Lávese las manos antes de manipular cualquier alimento y cuando pase a trabajar de un artículo alimenticio a otro.
- * Lave todos los utensilios antes de volverlos a usar con otros alimentos.
- * No permita que los jugos alimenticios sin cocer (como la sangre de las carnes, el agua de los camarones y otros mariscos) entren en contacto con otros alimentos.
- * Use tablas de cortar de plástico más bien que de madera, porque el plástico es más fácil de limpiar.
- * Lave a fondo los vegetales frescos.

COMO PUEDE USTED PROTEGERSE CONTRA OTRAS INFECCIONES

Una persona con SIDA puede, a veces, presentar otras infecciones contra las cuales usted debe tomar precauciones para protegerse a sí mismo y a otras personas que vivan o visiten el hogar. Mántengase en contacto con el médico o enfermera del paciente para encon-

trar si la persona desarrolla cualquier otra infección y lo que ello puede significar para usted y otros que comparten el hogar. Esto es especialmente importante si usted es portador de la infección por HIV.

Por ejemplo, en una persona con SIDA, la diarrea puede ser causada por una infección (gastroenteritis). Usted debe usar guantes durante el contacto con la descarga de diarrea de una persona con SIDA y lavarse las manos cuidadosamente después. Una persona con SIDA (o cualquier otra) que presente diarrea debido a una infección no debe cocer para otros.

Si la persona con SIDA tiene una tos que dura más de una semana o dos, debe ver al médico para que se le examine por tuberculosis (TB). Si la persona con SIDA tiene TB, usted y otros que comparten el hogar o lo visitan deben ser examinados varias veces aunque no estén tosiendo. Hable de ésta y otras precauciones con su médico, enfermera o departamento de salud local.

Si la persona con SIDA desarrolla hepatitis aguda (ictericia) o es portadora del virus de hepatitis B, usted y cualquier niño o adulto que viva con la persona, y especialmente cualquier compañero sexual actual o reciente del paciente debe consultar a su médico para recibir tratamiento y/o vacuna para evitar la hepatitis.

Si la persona con SIDA presenta sarampión o culebrilla (zóster), cualquier otra persona que nunca haya tenido sarampión debe evitar entrar en la misma habitación. Si esto no se puede evitar, ésta última debe usar una mascarilla de tipo quirúrgico y guantes y lavarse las manos antes y después de proporcionar el cuidado. Estas precauciones deben tomarse hasta que el sarampión o la culebrilla se haya cubierto

completamente de costras. También se debe consultar al médico. Hay una medicina especial que ofrece protección contra las posibles complicaciones graves del sarampión.

Si la persona con SIDA tiene ampollas de fiebre o de catarro (herpes simplex) alrededor de la boca o nariz, debe evitar besarla o tocar las lesiones. Si debe tocarlas con las manos, use guantes y después lávese las manos cuidadosamente. Esto es particularmente importante si usted tiene eccema (piel alérgica), ya que el virus de herpes simplex puede causar enfermedad grave de la piel en personas con eccema.

Muchas personas con SIDA están infectadas con un virus llamado citomegalovirus (CMV) que puede estar presente en la orina y la saliva. Usted debe lavarse las manos cuidadosamente después de tocar la saliva y la orina. Es particularmente importante para una mujer embarazada ya que, si se infecta con CMV, puede a veces transmitir el virus al bebé antes del nacimiento.

AYUDA PARA EL QUE CUIDA A LA PERSONA CON SIDA

El proporcionar cuidado en el hogar puede ser una experiencia emocional y de gran tensión. Usted puede sentir frustración al observar que la persona empeora a pesar de todos sus esfuerzos. Para ayudarse a hacer frente a los sentimientos de frustración, comparta sus sentimientos con otro, incluso otros que cuidan de la salud, consejeros, el clero o los profesionales de la salud. Llame a su organización de servicio de SIDA local para que le presten apoyo.

Asegúrese de tener alguien que tome su

lugar de modo que de vez en cuando tenga tiempo libre. Esto es especialmente importante durante los períodos cuando la persona con SIDA está muy enferma.

Usted puede necesitar que lo suplanten en sus responsabilidades periódicamente de modo que pueda mantener su propio nivel de energía.

Cuando esté cuidando a un ser querido que está muy enfermo es importante no ignorar sus propias necesidades. A menos que usted se cuide a sí mismo, no tendrá los recursos internos necesarios para cuidar de la persona con SIDA.

Recuerde que no está solo. Hay otros como usted que ya han pasado por esta

experiencia. Usted puede aprender y reponer sus fuerzas con lo que puedan decirles otros.

¿DESEA MAS INFORMACION?

Si desea obtener más información acerca del cuidado de una persona con SIDA, si quiere ofrecerse como voluntario o si solamente desea obtener más información sobre el SIDA, póngase en contacto con un médico, su departamento local de salud, su grupo local de voluntarios para el SIDA o llame al teléfono 1-800-342-AIDS. El teléfono en español es 1-800-344-7432. El teléfono de acceso para sordos es 1-800-AIDS-TTY.

EL SIDA Y USTED

Cómo Diferenciar lo Real de lo Imaginario Respecto de la Enfermedad y de Cómo le Afecta a Usted.

¿QUE SIGNIFICADO TIENE PARA USTED EL SIDA?

SIDA significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es una enfermedad causada por un virus que puede destruir la capacidad del cuerpo para luchar contra las enfermedades. El virus del SIDA elimina su capacidad de pelear contra otras enfermedades que invaden su cuerpo. Estas enfermedades pueden causar su muerte.

Actualmente no hay cura para el SIDA.

Mucha gente piensa que tan solo ciertos "grupos de alto riesgo" están infectados con el virus del SIDA. Esto no es cierto. Quién sea, usted no tiene nada que ver con si usted está en peligro de ser infectado con el virus del SIDA. Lo que importa es lo que usted hace.

Sea lo que sea lo que usted haya oído, el virus del SIDA puede ser evitado fácilmente. Usted no puede contagiarse por el contacto casual en la escuela, el lugar de trabajo, fiestas, residencias ni campamentos, guarderías, jardines de infantes, tiendas ni por nadar en una piscina donde haya nadado una persona con SIDA o una persona infectada con el virus del SIDA.

Tampoco se contagiará con toallas del vestuario, o la ducha, o los baños terapéuticos, o los equipos para ejercicios. No se transmite por los utensilios de cocina ni por beber de un vaso. Tampoco tiene que preocuparse usted por dar la mano, abrazar o encontrarse apretujado en un ascensor con una persona que haya sido infectada con el virus.

Nadie se ha contagiado jamás de SIDA por una picadura de mosquito ni de otro insecto, ni en el asiento del inodoro, por la orina, el excremento, el sudor, la saliva, ni tampoco por un beso.

En realidad hay muy pocas maneras en que usted puede infectarse con el virus del SIDA. Este es transmitido a través del semen, las secreciones vaginales y la sangre. Por lo tanto, usted puede infectarse si tiene relaciones sexuales con una persona infectada, o si usa drogas y comparte aguja y jeringa.

Los bebés de mujeres que han sido infectadas con el virus del SIDA puede nacer con la infección porque ésta puede ser transmitida de la sangre de la madre a la del bebé durante el embarazo o durante el parto.

Algunos enfermos de hemofilia y otros han sido infectados por recibir sangre.

¿QUE PASA CUANDO SE DONA O SE RECIBE SANGRE?

1. Dar Sangre. Usted no está ahora ni ha estado nunca en peligro de contagiarse del SIDA por donar sangre en un banco de sangre. Las agujas que se usan para las donaciones de sangre son nuevas. Una vez que se usan son destruidas. No hay manera que usted pueda entrar en contacto con el virus del SIDA por donar sangre.

2. Recibir sangre. Algunas personas han sido infectadas con el virus del SIDA por recibir transfusiones de sangre antes de 1985, antes de que fuera identificado el virus. Hoy en día, toda sangre donada en los

Estados Unidos es analizada para cerciorarse de que sea tan segura como sea posible para aquellos que la necesitan. Llame a su banco de sangre local si tiene alguna pregunta que hacer.

¿CUALQUIER PERSONA PUEDE INFECTARSE CON EL VIRUS DEL SIDA?

Sí. La población homosexual fue la primera afectada por la enfermedad en este país. Pero sea lo que sea lo que usted haya oído o leído, el número de casos en la población heterosexual está aumentando.

En este país han muerto del SIDA tanto hombres como mujeres, ricos y pobres, blancos, negros, hispanos, asiáticos y amerindios.

¿COMO PUEDE USTED EVITAR EL SIDA?

Mantenerse a salvo del SIDA es relativamente fácil. Usted debe evitar las relaciones sexuales con cualquiera que esté infectado con el virus y no compartir agujas ni jeringas.

No hay manera de saber si alguien está infectado con el virus sin una prueba de sangre. Si usted tiene relaciones sexuales con alguien que está infectado con el virus, corre el riesgo de infectarse.

Actualmente, los condones con espermicida son la mejor manera de prevenir la transmisión sexual para aquellos que no practiquen la abstinencia y que no hayan establecido una relación monógama mutuamente fiel con una pareja no infectada.

Si usted da primeros auxilios a una persona que está sangrando, convendría que usara guantes de goma, si están disponibles, para evitar el contacto directo con la

sangre. Si la sangre toca su piel, lávese simplemente con jabón y agua.

¿QUE PASA SI USTED CREE QUE PUEDE TENER EL VIRUS DEL SIDA?

Probablemente usted haya oído hablar de la "prueba del SIDA". La prueba en realidad no le dice si usted tiene SIDA. Indica si ha sido usted infectado por el virus. La prueba busca cambios en la sangre que ocurren una vez que usted ha sido infectado.

El Servicio de Salud Pública recomienda que usted debe buscar asesoramiento y someterse a una prueba si, a partir de 1978, ha tenido una enfermedad transmitida sexualmente o ha compartido agujas; si usted es un hombre que ha tenido relaciones sexuales con otro hombre, o si usted ha tenido relaciones sexuales con una persona que practica la prostitución, sea hombre o mujer. También es necesario que se someta a la prueba si ha tenido relaciones sexuales con alguien que haya hecho cualquiera de las cosas mencionadas más arriba.

Si usted es una mujer que ha llevado una conducta riesgosa y piensa tener un bebé o no está utilizando métodos de control de la natalidad, usted debería someterse a la prueba. Su médico puede aconsejarle que se someta a la prueba si recibió una transfusión de sangre entre 1978 y 1985.

Se ha visto mucho en la prensa sobre los problemas de esta prueba. Es muy confiable si se realiza en un buen laboratorio y si los resultados son interpretados por un médico o consejero con conocimientos. También se puede realizar en forma confidencial.

Si usted ha llevado una conducta riesgo-

sa, hable francamente con un médico que entienda el problema del SIDA, o con un consejero del SIDA.

¿QUIERE USTED RECIBIR MAYOR INFORMACION?

Si usted quiere saber más sobre el SIDA, hable con su médico, el departamento local de salud, o el hospital. Además, usted puede recibir información útil y confidencial llamando a la línea directa de información de emergencia sobre el SIDA, 1-800-342-AIDS. Se puede llamar las 24 horas del día. La línea de información de emergencia en español es 1-800-344-SIDA (1-800-344-7432). La línea de información de emergencia para personas con problemas de audición es 1-800-AIDS-TTY.

NO ES FACIL INFECTARSE CON EL VIRUS DEL SIDA.

El virus del SIDA puede ser transmitido sólo de ciertas maneras. Usted no puede

contagiarse la enfermedad en la piscina de natación, el vestuario del club o gimnasio, con el equipo de ejercicio, ni con otro tipo de contacto casual y diario. Usted puede infectarse si:

- tiene relaciones sexuales con alguien que esta infectado con el virus del SIDA.
- usa una aguja y jeringa que han sido usadas previamente por alguien que tiene el virus del SIDA.
- nace de una mujer que está infectada con el virus del SIDA.

Parte de la serie de folletos "América responde al SIDA". Este folleto ha sido preparado por los Centros de Control de Enfermedades del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Los Centros de Control de las Enfermedades constituyen la agencia gubernamental responsable de la prevención y control de las enfermedades, incluyendo el SIDA, en los Estados Unidos.

¿ES MEJOR SABER?

Sólo hay dos maneras de saber si una persona está infectada con el VIH: esperar a que la enfermedad se manifieste o someterse a la prueba del VIH.

¿EN QUÉ CONSISTE LA PRUEBA DE LOS ANTICUERPOS DE VIH?

La prueba de los anticuerpos del VIH, frecuentemente llamada la "prueba del SIDA" consiste en un análisis de sangre que se hace para saber si la persona está infectada con el VIH, el virus causante del SIDA. La prueba no indica si usted tiene SIDA.

¿POR QUÉ DEBO SOMETERME A LA PRUEBA DE LOS ANTICUERPOS DEL VIH?

Nadie es inmune al VIH. Si usted ha tenido relaciones sexuales, a menos que esté completamente seguro/a de que ninguna de sus parejas está infectada con el VIH, corre el riesgo de contraer la infección. También corre peligro si usted o su pareja sexual alguna vez han compartido instrumentos para inyectarse drogas.

¿POR QUÉ DEBO SOMETERME PRECISAMENTE AHORA A LA PRUEBA DEL VIH?

Porque si usted se entera de que esta infectado/a por el VIH:

- * Hay tratamientos nuevos que podrían conservar su salud y prolongar su vida

si se empiezan oportunamente. Si espera a que la enfermedad se manifieste, los medicamentos harán menos efecto.

- * Puede aprender la forma de proteger a otras personas del contagio del VIH.
- * Puede disminuir la ansiedad y el temor que uno siente cuando no sabe si está infectado/a.
- * Puede empezar a tomar medidas y planificar su futuro.

La mayoría de las personas infectadas con el VIH pueden llevar una vida sana y activa durante muchos años.

Si la prueba demuestra que usted no ha contraído la infección, puede aprender la manera de conservarse así y disminuir la ansiedad que produce la incertidumbre.

FINALMENTE...

Sólo usted puede decidir si se va a someter o no a la prueba. Piénselo bien y tenga presente que mientras más pronto sepa que está infectado/a con el VIH, más rápidamente le pueden hacer un tratamiento médico que le ayudará a mantenerse sano/a y a prolongar su vida. No importa cuál sea su decisión o el resultado de su prueba, siempre encontrará ayuda.

Casos notificados hasta el 22 de febrero			
Año	Sexo		Total
	F	M	
82	0	3	3
83	0	4	4
84	0	7	7
85	0	28	28
86	0	31	31
87	0	72	72
88	8	148	156
89	21	203	224
90	40	363	403
91	65	551	616
92	154	636	790
93	21	81	102
Total	309	2127	2436

Estadística: Cifras del SIDA en la Argentina

Vías de contagio						
Factor de riesgo	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bí/homosexual	1053	52,7	5	1,9	1058	46,7
Droga EV	656	32,8	117	43,8	773	34,1
Heterosexual	158	7,9	90	33,7	248	10,9
Hemofilia	53	2,7	1	0,4	54	2,4
Perinatal	30	1,5	31	11,6	61	2,7
Transfusión	23	1,2	15	5,6	38	1,7
Otros	3	0,2	0	0,0	3	0,1
Desconocido	23	1,2	8	3,0	31	1,4
Total	1999	100,0	267	100,0	2266	100,0

Distribución de enfermos de acuerdo con el lugar de residencia		
Jurisdicción	Nº de casos	Tasa
Capital Federal	939	32,37
Santa Fe	381	13,49
Tierra del Fuego	3	5,56
Santa Cruz	8	5,26
Buenos Aires	583	4,49
Mendoza	54	3,78
Chubut	8	2,35
Neuquén	8	2,34
Corrientes	17	2,20
Córdoba	62	2,19
San Juan	7	1,28
Entre Ríos	11	1,06
La Pampa	2	0,85
San Luis	2	0,79
Río Negro	3	0,62
Formosa	2	0,51
La Rioja	1	0,50
Misiones	3	0,39
Chaco	3	0,35
Salta	3	0,35
Tucumán	4	0,34
Santiago del Estero	1	0,15
Total	2105	6,55
Lugar de residencia sin información:	164 casos	

¿Cómo se manifiesta?			
Enfermedades marcadoras	Número de casos	Porcentaje	
Pneumo. carinii pres.	621	27,4	
Enf. Adelg. por HIV	334	14,7	
Pneumo. carinii conf.	257	11,3	
TBC extrapulmonar	228	10,0	
Candidiasis esofágica	212	9,3	
Sarcoma Kaposi	209	9,2	
Toxoplasmosis	203	8,9	
Otras enfermedades	151	6,7	
Encefalopatía	148	6,5	
Criptosporidiasis	137	6,0	
Criptococosis	97	4,3	
Citomegalovirus	73	3,2	
Herpes simplex	72	3,2	
Herpes zoster	61	2,7	
Salmonellosis	59	2,6	
Histoplasmosis	56	2,5	
Otros linfomas	50	2,2	
Infec. bact. múltiples	37	1,6	
Isosporidiasis	19	0,8	
Otitis recurrente	15	0,7	
Chagas	8	0,4	
Mycobacterias atípicas	10	0,4	
Linfoma primario cerebro	3	0,1	
Parotiditis recurrente	3	0,1	
Neumonía interst. linfoide	1	0,0	



3er Congreso Interdisciplinario en Odontología Bs. As. 18 - 20 de Mayo 1994

Atento a la necesidad constante de actualizar nuestros conocimientos y perfeccionar nuestra práctica, el Ateneo Argentino de Odontología organiza su 3er. Congreso Interdisciplinario dirigido a odontólogos generales, especialistas y estudiantes, se desarrollará a través de cursos pre y post-congreso, minicursos, conferencias seriadas y mesas redondas, siendo los siguientes parte de los contenidos a ser abordados.

PROTESIS Dr. Richard Jacobi D.D.S., *Profesor de The University of Oklahoma, College of Dentistry.* Procedimientos prácticos para restauraciones fijas. Materiales cerámicos: ventajas y desventajas. Restauraciones cerámico-metálicas. Nuevos materiales. Dicor. Empress, In-Ceram, CAD-CAM. Resinas adhesivas. Carillas cerámicas. Fracasos en prótesis fija, y cómo minimizarlos (periodontales, necrosis pulpar, pérdida de retención, fracaso estructural).

CIRUGIA Dr. Alan Schwimmer. *(Cirugía máxilofacial), Director del Department of Dentistry; Dr. Joseph Randazzo (Prostodoncia Restauradora e Implantes), Profesor del Department of Dental Medicine, ambos del Beth Israel Medical Center. Nueva York, EE.UU.*

Implantes. Tratamientos quirúrgico-protético. Curso teórico con demostración práctica sobre paciente con circuito cerrado de televisión para la transmisión de imagen y sonido ida y vuelta entre quirófano y Aula Magna. Cirugía máxilofacial. Fijación interna rígida de las fracturas faciales. Quistes odontogénicos de los maxilares. El manejo de las complicaciones bucales de la terapia oncológica. Cirugía ortognática del tercio medio de la cara. Rehabilitación protética del paciente con severas mutilaciones faciales.

Problemática de los tejidos dentarios. Remineralización. Puesta al día en Prevención. Nuevos materiales de restauración. Actualización en endodoncia.

Periodoncia. Revisión conceptual de salud y enfermedad del tejido periodontal. Regeneración. Movimiento dentario e implantes en el paciente periodontalmente enfermo. ¿El tratamiento periodontal debe ser conservador, quirúrgico o farmacológico? Etiopatogenia de la enfermedad periodontal.

Prácticas quirúrgicas cotidianas en el consultorio. Diagnóstico por imágenes. Preparación prequirúrgica. Indicaciones farmacológicas. Conducta quirúrgica frente a las complicaciones. Fracturas dentoalveolares. Hemorragias. Infecciones. Pacientes de alto riesgo.

Odontopediatría. Hábitos orales y maloclusión. Diagnóstico radiológico. Estado actual de los fluoruros. Traumatismos. Terapia intercéntrica. Disfunción en niños.

Disfunción orofacial. Como tratar el dolor orofacial: placa miorreajante, desgastes selectivos, reconstrucción oclusal, tratamientos quirúrgico, farmacológico, psicológico.

Ortodoncia. Evaluación de resultados con distintas propuestas terapéuticas: aparatología funcional, aparatología fija con técnica de arco recto, técnica combinada, técnica con arcos seccionales. Tratamiento ortodóncico del paciente adulto. Reacción del hueso frente a las fuerzas ortodóncicas. Incidencia del crecimiento en el tratamiento. Asimetría facial: diagnóstico diferencial orientado al tratamiento estético y funcional.

**SE LES RECUERDA A LOS SOCIOS DEL AAO
QUE ESTA ABIERTA LA INSCRIPCIÓN SEGUN
LOS SIGUIENTES ARANCELES:**

FECHAS	ARANCEL CONTADO			
	CONGRESO	CURSOS		
		POR 1 CURSO	POR 2 CURSOS	POR 3 CURSOS
AL 30-6-93	U\$S 140.-	U\$S 140.-	U\$S 210.-	U\$S 270.-
AL 31-12-93	U\$S 150.-	U\$S 150.-	U\$S 225.-	U\$S 285.-
AL 30-4-94	U\$S 170.-	U\$S 170.-	U\$S 255.-	U\$S 325.-
AL 16-5-94	U\$S 200.-	U\$S 200.-	U\$S 300.-	U\$S 380.-

OPCION EN CUOTAS:

CONGRESO	Vto. 1º Cuota	10.7.93	- 3	Cuotas de	U\$S 50.-
CONGRESO + 1 CURSO	Vto. 1º Cuota	10.7.93	- 6	Cuotas de	U\$S 50.-
CONGRESO + 2 CURSOS	Vto. 1º Cuota	10.7.93	- 8	Cuotas de	U\$S 50.-
CONGRESO + 3 CURSOS	Vto. 1º Cuota	10.7.93	- 9	Cuotas de	U\$S 53.-

DICTANTES CONFIRMADOS (hasta la fecha):

- Dr. Alan Schwimmer** - Cirugía Máxilofacial - Director del "Department of Dentistry, Beth Israel Medical Center" - N.Y. - EE.UU.
- Dr. Joseph Randazzo** - Prostodoncia - Profesor del "Department of Dental Medicine, Beth Israel Medical Center" - N.Y. - EE.UU.
- Dr. Richard Jacobi** - Prof. The University of Oklahoma, College of Dentistry (EE.UU.)

INSCRIPCIÓN E INFORMES:

Anchorena 1176 - (1425) Buenos Aires - Tel. 961-0394/7349

SORTEO DE BECAS 1993

Nuevamente se realizó el sorteo anual de becas del ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA entre alumnos de 5º año de la Facultad de Odontología de Buenos Aires, para seguir cursos de post-grado en la Institución.

Los jóvenes colegas incorporados al sistema de enseñanza y asistencia permanente, son:

ORTOPEDIA:

- Mariana CASTRO
- María Concepción COCCO
- Cynthia BAGGINI
- Karina BOULE
- Andrés DELL'ANGELICA
- Graciela CALE
- Favio GRABA

ODONTOPEDIATRIA:

- Claudia PROL
- Lidia PONTI
- Gabriela RAMAJO

CIRUGIA:

- Vilma GUEVARA

PROTESIS:

- Marcelo BORCET

DOLOR OROFACIAL:

- Marcelo RAPAPORT

ENDODONCIA:

- Adriana MARATE
- Susana HERNANDEZ

PERIODONCIA:

- Gabriela ROQUE
- Diego PORTNOI
- Susana FABDE

LIBROS NUEVOS

En la Revista del A.A.O. Vol. XXIX, Nº 2, pág. 128, dimos cuenta de la edición del curso sobre "Odontología Preventiva", habiendo aparecido entonces los tres módulos del Curso 1.

Por gentileza de las autoridades del PRECONC (Programa de Educación Continua Odontológica No Convencional), hemos recibido la publicación de los cursos Nº 2 y Nº 3, con los siguientes módulos:

- 2.1 Atención integral de la salud bucal.
- 2.2 Tratamientos pulpares.
- 2.3 Rehabilitación.
- 3.1 Urgencias en niños
- 3.2 Problemas periodontales y criterios quirúrgicos.
- 3.3 Oclusión.

Ejerce la Dirección General del PRECONC la Dra. Noemí Bordoni, secundada por un equipo técnico que integran las Dras. Raquel Doño, Virginia Preliasco, Mariana Bonazzi,

Verónica Fallik y Shirley Valente.

MODELO ALTERNATIVO PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD BUCAL

Como un documento para la transferencia tecnológica, apareció esta publicación cuyos autores son la Dra. Noemí Bordoni y sus colaboradores.

En edición bilingüe -español e inglés- se abordan la problemática de la salud bucal en la Argentina y el análisis del proceso de desarrollo institucional, para luego exponer el modelo alternativo propuesto.

Casos concretos de aplicación en diversos lugares del país ilustran la experiencia.

Este trabajo forma parte de las actividades de diseminación programadas por el Programa de Articulación Docencia-Asistencia-Investigación (Fundación W.K. Kellogg).

Tercer Concurso a los Mejores Trabajos "40º Aniversario"

En ocasión de cumplirse en este año 1993, el 40º aniversario de la Fundación del Ateneo Argentino de Odontología, se decidió dedicar a esa celebración el Tercer Concurso de Trabajos Científicos, en el marco de la reglamentación vigente.

— Los trabajos deberán ser inéditos y no podrán estar en trámite de publicación en ninguna revista.

— La temática deberá encuadrarse en cualquier disciplina odontológica, en varias de ellas, o estar vinculada a la odontología.

— Podrá haber varios autores, incluso de otras profesiones, pero por lo menos uno de ellos deberá ser odontólogo socio del AAO.

— Los trabajos serán presentados por triplicado, firmados con seudónimo. En sobre cerrado aparte, en cuya cara externa figurará el seudónimo, se hará constar los nombres de los autores.

— La Dirección de la Revista revisará los trabajos antes de su remisión al Jurado, al solo efecto de comprobar si se ajustan a las normas de publicación; en caso contrario lo hará conocer al Jurado.

— La Comisión Directiva constituirá un Jurado de tres miembros, que no participarán como autores en este concurso.

— El Jurado presentará a la Comisión Directiva un orden de méritos de los trabajos aceptados y un listado de los trabajos no aceptados. En los trabajos aceptados será abierto el sobre para conocimiento del nombre de los autores. Los trabajos no aceptados podrán retirarse con el sobre sin abrir.

— Los dos primeros trabajos, en orden de méritos, recibirán sendos premios, según montos que determinará la C.D. y serán publicados en la Revista del A.A.O. El Jurado podrá recomendar la publicación de otros trabajos del orden de méritos.

FECHA DE CIERRE PARA LA PRESENTACION DE TRABAJOS: 30 DE NOVIEMBRE DE 1993

CALENDARIO DE CONGRESOS Y JORNADAS 1993 - 1994

— *IV Encuentro Cuyano-Chileno de Cirugía y Traumatología Buco-Máxilo-Facial y Encuentro Estudiantil de Cirugía y Traumatología Buco-Máxilo-Facial:*
Mendoza, 22 al 24 de abril de 1993.
Junín 959 (1113) - Buenos Aires

— *III Jornadas Multidisciplinarias del Círculo Odontológico Santafesino:*
Santa Fe, 13 al 15 de mayo de 1993.
Catamarca 24687 - 3000, Santa Fe.

— *II Jornadas 50º Aniversario del Círculo Odontológico de San Nicolás:*
San Nicolás, 10 al 12 de junio de 1993.
Junín 959 (1113) Buenos Aires.

— *III Congreso Internacional de Ortopedia Funcional de los Maxilares:*
5 al 8 de setiembre de 1993.
Directorio 1824 - 1406 - Buenos Aires.

— *IV Jornadas Internacionales 60º Aniversario del Círculo Odontológico de Mar del Plata:*
Mar del Plata, 9 al 11 de setiembre de 1993.

— *Jornadas Internacionales Odontológicas de Villa Carlos Paz:*
Federación Gremial Odontológica de Córdoba y Círculo Argentino de Odontología,
9 al 11 de octubre de 1993.
Acevedo 54-1414 - Bs. As.

— *XXVII Jornadas Internacionales de la Asociación Odontológica Argentina y XI Congreso Odontológico Latinoamericano;*
Bs. As., 3 al 6 de noviembre de 1993.
Junín 959 - 1113 - Buenos Aires.

— *III Congreso Interdisciplinario en Odontología. Ateneo Argentino de Odontología:*
Bs. As., 18 al 20 de mayo de 1994.
Anchorena 1176 - 1425 - Buenos Aires.

— *COSAE, 94-VII Congreso de la Sociedad Argentina de Endodoncia, I Congreso de Endodoncia Latinoamericano y I Encuentro Estudiantil Latinoamericano de Endodoncia.*
Buenos Aires, 13 al 15 de agosto de 1994.
Junín 959 - 1113 - Buenos Aires

MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES ASAMBLEA ANUAL ORDINARIA

En la Asamblea Anual Ordinaria realizada el 18 de diciembre pasado, se renovaron las autoridades de Comisión Directiva y de la Comisión Fiscalizadora que terminaban sus mandatos estatutarios, quedando dichos cuerpos constituidos de la siguiente manera:

COMISION DIRECTIVA

Presidente: Alfredo Fermín Alvarez

Vicepresidenta: Beatriz Melamed

Secretario: Dr. Elías Beszkin

Prosecretaria: Ester Ganievich

Tesorerera: Liliana Periale

Protesorero: José Mario Beszkin

Vocales titulares: Beatriz Lewkowicz; Eduardo Muiño; Armando Pollero; Edith Losoviz;
Lilian Pivetti; Isaac Rapaport.

Vocales suplentes: Ana María Caputo; Moisés Gerszenszteig; Fabián Blasco; Carlos Vaserman; Alicia Aichenbaum; Adriana Pinar

COMISION FISCALIZADORA

Titulares: Jaime Juan Fiszman; Mario Daniel Torres; Amanda Rizutti

Suplentes: Sofía Vinograd; Ricardo Chait; Graciela Libonatti

SOCIEDAD DE ORTODONCIA DE LA REPUBLICA ARGENTINA (S.O.R.A.)

Seccional del Ateneo Argentino de Odontología

En la Asamblea realizada el 18 de diciembre pasado, se eligieron los miembros de la Comisión Directiva de la Seccional que terminaban sus mandatos, quedando constituido el cuerpo de la siguiente manera:

Presidenta

Noemí Lisman

Vicepresidente

Eduardo Muiño

Secretaria

María Teresa Taborda

Tesorerera

Catalina Dvorkin

Vocales Titulares

Elías Beszkin

Beatriz Lewkowicz

Ana María Kriger

Beatriz Melamed

Vocales Suplentes

Susana Sapir de Beszkin

Adriana Pinar

Liliana Doctorovich

Ester Ganievich

Apareció una Revista Dedicada al SIDA

Una nueva revista, "Desidamos", ha aparecido en Buenos Aires. Su temática es el SIDA. En el primer número aparecen trabajos sobre "SIDA y prostitución", "Cómo cambia el SIDA las prioridades del desarrollo", "Mujer, sexualidad y prevención del SIDA", "Mujeres jóvenes y sexo seguro"; además de información diversa sobre el tema. En la nota editorial, su directora, Dra. Mabel Bianco, expone los objetivos y lineamientos que sustentan este esfuerzo editorial.

En la actualidad, el VIH/SIDA no sólo es el principal problema para la salud de la población, sino también para el desarrollo económico y la convivencia social entre las personas. El VIH/SIDA al afectar a la población económicamente activa, disminuye la productividad y el crecimiento económico. A su vez, el aumento de la mortalidad en los grupos jóvenes de población produce cambios demográficos que distorsionan la estructura social de la población. Ante la carencia de recursos terapéuticos y preventivos eficaces, la información es la principal arma para prevenir y contrarrestar el crecimiento de esta pandemia. Por eso hablar del VIH/SIDA, informarse y conocer acerca de esta afección es el principal recurso que podemos aplicar.

A lo largo de los años el riesgo de infección por el VIH fue cambiando. Mientras al principio se circunscribía a algunos grupos de población como los drogadictos endovenosos y los homosexuales varones, ahora estamos todos en riesgo. Por eso "todos" tenemos que informarnos y aprender a cuidarnos. Esta generalización del riesgo de infectarse y enfermarse está afectando más a las mujeres, las que se infectan y enferman más que los varones en los últimos años. Ahora 3 de 4 personas con SIDA en el mundo se infectaron por transmisión heterosexual: el riesgo para las mujeres alcanza sus niveles máximos.

Si tenemos en cuenta que los varones son todavía los que en general deciden cuando y cómo ocurren las relaciones sexuales, y que son ellos lo que deben usar preservativo para la prevención de la infección, entendemos cómo esto explica en parte la mayor vulnerabilidad de las mujeres. Por eso hoy todos tenemos que ocuparnos de saber cómo cuidarnos y cuidar a los otros. Frente al SIDA el silencio es la peor estrategia y la más grave. Porque si nos callamos, si no hablamos del cuidado en las relaciones sexuales ni de los riesgos a que estamos expuestos, al único que beneficiamos es al virus que sigue avanzando.

Y en el hablar, informarse y educarse no sólo debemos comprometer nuestra razón sino también nuestra afectividad. Porque si solo "entendemos racionalmente" el problema del VIH/SIDA, pero no llegamos a "sentir" lo que este conocimiento nos produce, no habremos cambiado pautas de conducta y no será "útil" nuestro saber.

La Dra. Bianco termina: "DeSIDamos nuestra apuesta por la VIDA hablando del SIDA. ¡DeSIDamos sin segregar ni discriminar! DeSIDamos vivir plenamente y sin temores, pero cuidando a los otros, respetándonos y respetándolos. ¡A esto los invitamos! Gracias por acompañarnos.

Informes y suscripciones en Paraná 135, 3º 13,
Buenos Aires. Tel. 476-2763.

FECHA: 22, 23 y 24 de Octubre de 1992
Nº: XII Jornadas del Ateneo Argentino de Odontología
TEMA: Bioseguridad en el Marco de la Bioética - SIDA.
SEDE: Sala Pablo Picasso, Complejo La Plaza.
DIRECCION: Sarmiento y Montevideo.

Para quienes lean este comienzo, les parecerá una sucesión de datos fríos, insignificantes. Sin embargo, para nosotros, los que tratamos de organizar esta labor, nos llevó largos meses de discusiones, complejos encuentros, acaloradas sesiones combinadas con instantes de alegría y gratos momentos donde la emoción nos sobrepasaba. Era para el grupo un gran desafío, un reto que provocaba en nosotros una singular y extraña fuerza interna que empujaba a seguir la tarea organizativa y poder así ver cristalizado nuestro esfuerzo. ¡Y por fin! Llegó el momento tan esperado: la inauguración de las XII Jornadas del Ateneo Argentino de Odontología, nuestra casa. Fueron tres días de intensa y vertiginosa labor programados con devoción ateneísta. El acto inaugural de las Jornadas, declaradas de interés nacional, comenzó con un simpático recital a cargo de dos jóvenes y talentosos músicos, Paola Gamberale y Juan Cuacchi, estando presentes en la sala autoridades trascendentes de Instituciones amigas como el Dr. Alberto Valente (Miembro del Consejo Directivo de la Facultad de Odontología); el Dr. Erico Adler, presidente de la Confederación Odontológica de la República Argentina; el Dr. Guillermo Peti representante de la Federación Odontológica de la Ciudad de Buenos Aires; el Dr. Jorge Kuperman, tesorero de la A.A.O.

CRONICA DE UNA JORNADA

y el Dr. Saúl Goigman, representante del Círculo Odontológico de Belgrano. Seguidamente, las palabras de bienvenida a colegas que vinieron de diferentes puntos del país, estuvieron a cargo del Presidente de nuestra Institución y Presidente de Jornadas, Dr. Alfredo Fermín Alvarez, que con su brillante oratoria aclaró los términos de Bioética y Bioseguridad y dejó abierto así el comienzo de nuestra fiesta científica. Distinguidos Dictantes del Interior y de Capital Federal prepararon las condiciones para poder disfrutar del curso de 12 horas que nos brindaría el Dr. Charles Barr sobre SIDA, el 23 y 24 de octubre. La Dra. Perla Hermida Lucena (Profesora Titular de Microbiología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Rosario) expresó con lucidez y claridad generalidades en Virología - Rubéola. Herpes, diagnóstico diferencial con Gun, estuvo a cargo de la Dra. María Rosa Crivelli (Adjunta de la Cátedra de Estomatología de la UBA) la cual acompañó sus palabras con material didáctico esclarecedor. La Dra. Isabel Adler (Docente de

la Cátedra de Estomatología de la UBA), una constante amiga del Ateneo, imprimió dinámica a su charla sobre Micosis y demostró su experiencia en la temática. Apasionante la delicadeza en el hablar del Dr. Norberto Arancegui (Médico Veterinario, Adjunto de la Cátedra de Microbiología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Rosario), que dispuso cualquier duda acerca de una virosis tan ligada a la actividad odontológica como la Hepatitis B. Y culminó este día de Jornadas con la Mesa Redonda: "La Bioseguridad en las diferentes especialidades odontológicas". Los panelistas experimentados en tratamientos con pacientes HIV+ actualizaron los conceptos de decontaminación, desinfección y esterilización y contestaron innumerables preguntas a un auditorio ávido de conocimientos y entusiasmado por la temática expuesta. Agradecemos la presencia de la Dra. María Eugenia De Schant (Cátedra Integral de Adultos - UBA), la Dra. Zulma Rodríguez (Cátedra Integral de Adultos - UBA), el Dr. Carlos Alonso (Profesor Titular de Periodoncia - UBA), el Dr. Jorge García (AAO-Cirugía), la Dra. Claudia Jensen (AAO-Cirugía). La coordinación de esta insuperable Mesa que nos compromete a un replanteo de las normas de Bioseguridad en nuestro consultorio, estuvo a cargo del Dr. Carlos Castro y la secretaria del Dr. Javier Illescas.

Y llegamos así al inolvidable Curso de 12 horas dictado por el Dr. Charles Barr, Director del Departamento de Odontología del Beth Israel Medical Center (New York), Profesor de Odontología de la Mountain Sinai School of Medicine (New York), dotado de una personalidad carismática, con innumerables trabajos sobre SIDA (el auditorio pudo tener en sus manos algunas de sus investigaciones editadas como: 1) Presencia del Citomegalovirus (CMV) y composición salival en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. 2) Hallazgo de Anticuerpos SigA del virus de la Inmunodeficiencia Humana en saliva parotídea de pacientes con SIDA y CAS. 3) Presencia del HIV-1 Infeccioso en saliva entera: La sangre como medio de transmisión más seguro. Este profesor cautivó a los presentes por su sapiencia,

modestia y profundidad de conocimientos avalados estos por su innata condición de Investigador. Acompañó su disertación con innumerables proyecciones evidenciando su larga experiencia clínica. Notable y dinámica su charla, el auditorio, alrededor de 350 colegas, becarios del exterior y del interior y representantes de diferentes instituciones, aplaudieron con gratitud la labor de este maestro. El nivel científico de estas Jornadas llegó a su climax el sábado 24 de octubre por la tarde con la Mesa Redonda coordinada por el Dr. Mario Torres cuya secretaria estuvo a cargo del Dr. Fabián Blasco. Fue un lujo para nuestra Institución reunir personalidades como el Dr. Charles E. Barr, el Dr. Jorge Benetucci (Jefe de

Infectología del Hospital Muñiz), el Dr. Héctor Lanfranchi (Profesor Titular de la Cátedra de Estomatología de la Facultad de Odontología de la UBA) y el Dr. Héctor Pérez (Miembro de la Sala de Infectología del Hospital Fernández). Brillantes sus exposiciones y sensacional el debate. El nivel académico superó nuestras expectativas. El cierre de esta espléndida Mesa estuvo a cargo de emocionadas palabras del Presidente de las Jornadas. El resultado, positivo, fue el fruto de un grupo entusiasta y pujante.

**"Que nada te turbe
que nada te espante
todo pasa...
la paciencia todo lo alcanza".**
(Sta. Teresa)

Lilian Pivetti

ATENCION DE PACIENTES EN LAS CLINICAS DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

ORTODONCIA:

Martes, Jueves y sábados de 8,30 A 11,30.

ORTOPEDIA:

Lunes, miércoles, viernes y sábados de 8,30 a 11,30.
Martes de 11 a 13,30.

ODONTOPEDIATRIA:

Miércoles y viernes de 8,30 A 12.

CIRUGIA:

Martes y sábados de 8,30 A 12.

ENDODONCIA:

Miercoles de 11 A 14,30.

PROTESIS FIJA, ADHESIVA Y COMBINADA:

Martes de 11 a 13.

PROTESIS FIJAS:

Lunes de 8,30 a 11,30.

DOLOR ORO FACIAL Y DISFUNCION DEL SISTEMA MASTICATORIO:

Lunes de 8,30 a 12.

PERIODONCIA:

Miércoles de 8,30 a 12,30.

RADIOLOGIA Y CEFALOMETRIA:

Solicitar Turno.

TRATAMIENTO DE MALFORMACIONES CONGENITAS, TUMORES Y TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES: *

Sábado de 8,30 a 12.

GRUPO DE ESTUDIO SOBRE IMPLANTES

Viernes de 8:30 a 12

• Equipo interdisciplinario integrado por odontología, cirugía plástica, foniatria, psicopedagogía, psicología y asistencia social, que funciona como centro de derivación del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan."

Correo
Argentino
Suc 12

TARIFA REDUCIDA
Concesion 2231

FRANQUEO PAGADO
Concesion 4760

CELEBRACION DEL XL ANIVERSARIO DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA *ACTOS*

Viernes 3 de Septiembre, a las 10, en la sede del AAO

CONFERENCIA:

"La ciencia en el mundo actual"

Profesor Dr. Gregorio Klimovsky

Refrigerio a los asistentes

Sábado 4 de septiembre, a las 21, en la sede del AAO:

Cena - Lunch

Palabras del Presidente del ATENEO,

Palabras de un socio fundador.

Entrega de plaquetas a socios fundadores y a socios
con más de 25 años de antigüedad

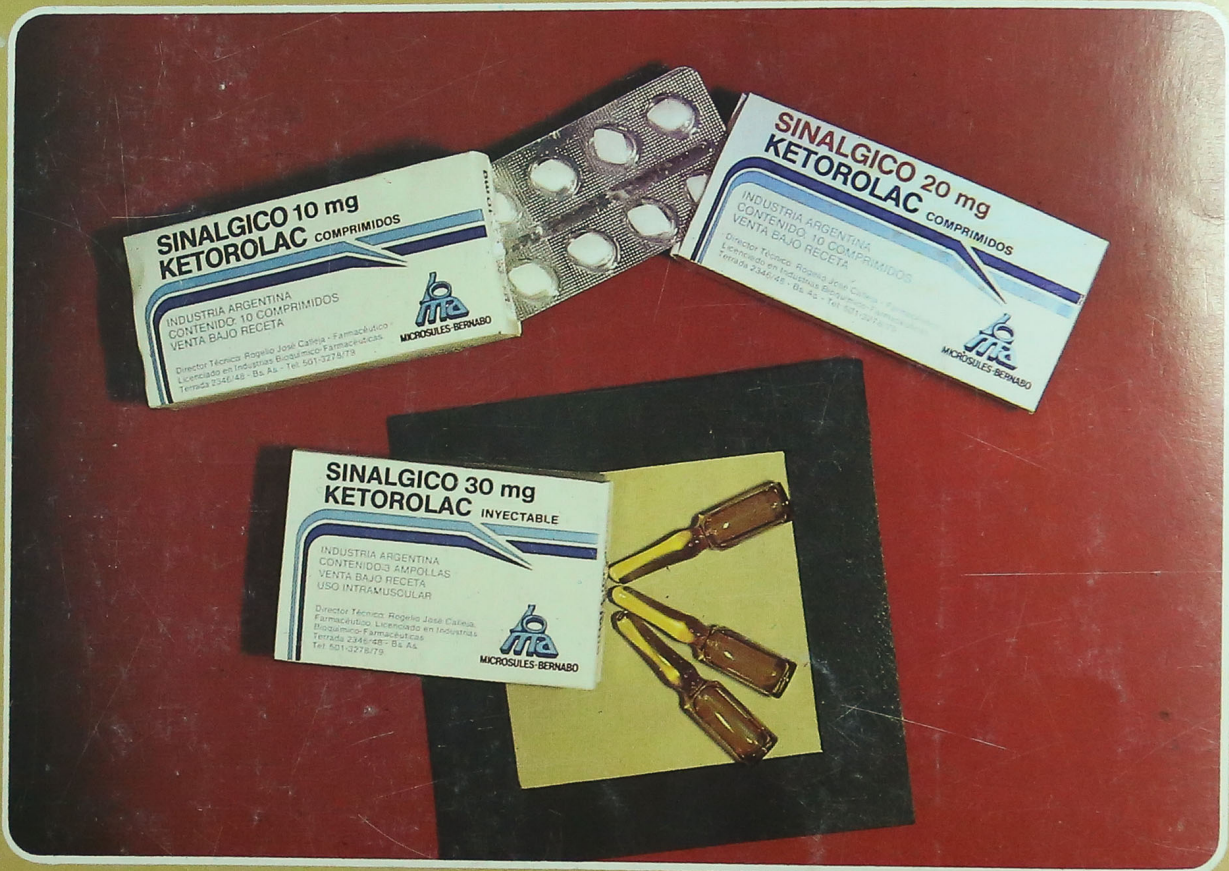
Números artísticos



Sinálgico®

KETOROLAC
MICROSULES-BERNABO

Control total de las Odontalgias



Sinálgico® = Sin dolor

KETOROLAC
MICROSULES-BERNABO

PRESENTACIONES

SINALGICO 10 mg: envase con 20 comprimidos.

SINALGICO 20 mg: envase con 10 comprimidos.

SINALGICO 30 mg: envase con 3 ampollas de 1 ml