

**TRATAMIENTO DE CLASE II CON
PROPULSOR MANDIBULAR EN
PACIENTES SIN CRECIMIENTO**

Dra. Elisa Bianchini

**CALIDAD DE VIDA A NIÑOS,
JÓVENES Y ADULTOS CON
DISCAPACIDAD**

Od. Gargiulo Claudia

Od. Cajal Julio César

Od. Juárez Sofía Lourdes

Od. Chocobar Karina Yaqueline

**EDUCACIÓN: UN PILAR EN
LA PROTECCIÓN DE LA
SALUD DESDE LA
ETAPA PRENATAL**

Dra. Mirtha Gandolfo

Dra. Magdalena Bolesina

**HERRAMIENTAS
VIRTUALES EN LA
PLANIFICACIÓN DE
LOS TRATAMIENTOS
ORTODÓNCICOS
QUIRÚRGICOS**

Dra. Regina Bass

CUSPIDE

PUBLICACION CIENTIFICA ODONTOLOGICA



ISSN 1668 - 1541 - CÚSPIDE - AÑO 23 - N°41 - CÓRDOBA - ARGENTINA



FUNDACIÓN CREO
PARA EL PROGRESO CONTINUO
DE LA ODONTOLOGÍA

LÁMPARAS



**MATERIALES
RESTAURATIVOS**



CEMENTOS



ADHESIVOS



vhf
CREATING PERFECTION



VERIBUILD
3D PRINTER
& RESINS



Carestream
DENTAL

ESCÁNER
INTRAORAL

CS 3600




phrozen



Aidite



 acrylar |
  acrylarsrl |
  promocion@acryl-ar.com |
  +54 911 2173-1297

Acryl-Ar

Importador
Distribuidor
mayorista
oficial
autorizado

ÍNDICE	PAG 04
EDITORIAL	PAG 05
TRATAMIENTO DE CLASE II CON PROPULSOR MANDIBULAR EN PACIENTES SIN CRECIMIENTO Dra. Elisa Bianchini	PAG 06
CALIDAD DE VIDA A NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS CON DISCAPACIDAD Od. Gargiulo Claudia / Od. Cajal Julio César Od. Juárez Sofía Lourdes / Od. Chocobar Karina Yaqueline	PAG 14
HERRAMIENTAS VIRTUALES EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS ORTODÓNCICOS QUIRÚRGICOS Dra. Regina Bass	PAG 22
EDUCACIÓN: UN PILAR EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DESDE LA ETAPA PRENATAL Dra. Mirtha Gandolfo Dra. Magdalena Bolesina	PAG 34
PROF. ALFREDO BASS 50 AÑOS AMANDO LA ODONTOLOGÍA	PAG 48
2020: EL AÑO DE LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL	PAG 52

SOMOS SOCIALES, SEGUINOS!

☎ 351 - 2413740

 Fundación Creo

 fundacioncreo3.0

 Fundación Creo Odontología

www.fundacioncreo.org.ar

OCTUBRE 2020
NÚMERO 41
Año 23

Año 23- Número 41
OCTUBRE 2020

Director / Editor

Prof. Dr. Alfredo Abraham Bass Pluer

Editoras Ejecutivas

Gabriela Salazar
Carolina Moran

Editores Asociados

Dr. Pablo Abate (UBA)

Editores Asistentes

Dra. Regina Bass
Dra. Nayré Mondino

Revista Cúspide es propiedad
de Fundación CREO
se publica en forma semestral
y se distribuye por suscripción.

Realizado el depósito que marca
la Ley 11723, bajo
el N° de registro 09411914.
Los artículos firmados
no representan necesariamente
la opinión de la editorial.
Se autoriza la reproducción total o
parcial siempre que se cite la fuente.

Indexado en Latindex

Por suscripción o cualquier
otra información dirigirse a:
Vélez Sársfield 1460 - 5° piso
Tel/Fax: (0351) 5891867/68
Córdoba - Argentina

fundacioncreo@fundacioncreo.org.ar
www.fundacioncreo.org.ar

Diseño y Arte
Aixa Mustafá

Registro ante la Dirección Nacional de
Derecho de Autor en trámite.

EDITORIAL

2020: UN AÑO PARA REINVENTARSE

Este año trajo un golpe sorpresivo a nivel global: la pandemia de COVID-19, que aún no puede ser controlada.

Como profesionales de la Odontología, nos vimos afectados por las cuarentenas dictadas en nuestros países, y los nuevos protocolos de atención. Paulatinamente regresamos a la actividad, pero aún lejos de lo que ya se está llamando la “nueva normalidad”.

Como institución educativa de posgrado, vimos la oportunidad de acelerar cambios que ya veníamos planificando para darle un nuevo giro a la formación de Fundación CREO.

La suspensión de actividades presenciales y atención de pacientes, nos llevó a repensar la forma y los canales por los que podíamos estar cerca de nuestros alumnos.

Así fuimos generando progresivamente una propuesta digital que nos permitiera llegar a cada rincón gracias a la tecnología disponible.

Primero, lanzamos #CREOLIVE, con más de 30 sesiones online por Instagram Live, lideradas por 20 docentes e invitados nacionales y extranjeros, con más de 15.000 visitas.



PROF. DR. ALFREDO BASS
Presidente Fundación Creó

Nuestros cursos Clínicos migraron al dictado online desde Abril, y actualmente algunos están regresando a la práctica clínica con todos los protocolos de seguridad.

Y nos atrevimos a más: así nació #CREODIGITAL, la nueva propuesta de cursos online que ya lleva más de 15 cursos en vivo, trasciende fronteras y que en breve tendrá su capítulo de cursos con clases grabadas, para que cada alumno pueda hacerlo de acuerdo a sus tiempos.

Nos adaptamos, sobrevivimos y reinventamos. Es la esencia del ser humano, a la que apelamos más que nunca en este año.

Invitamos a todos a que nos acompañen en este nuevo camino de la Odontología y la formación de posgrado.

El objetivo de la Revista Cúspide es ofrecer a la comunidad odontológica un medio de divulgación científica que intenta cubrir áreas de interés en todas las especialidades odontológicas o disciplinas de ciencias de la Salud afines a ella. Publicará trabajos originales de investigación en ciencias básicas, Clínicas y Epidemiológicas. El Comité Editorial podrá aceptar la publicación de revisiones bibliográficas. Solamente se recibirán trabajos no publicados previamente (originales). Eventualmente y previa consideración de los editores se aceptarán comunicaciones breves. Los trabajos serán publicados con un resumen en inglés para motivar su difusión en el exterior. En todos los casos los trabajos presentados para publicar serán sometidos a la evaluación por árbitros expertos seleccionados de un listado propuesto por los editores. La Revista Cúspide podrá difundir eventos de interés científico para la comunidad odontológica.

TRATAMIENTO DE CLASE II CON PROPULSOR MANDIBULAR EN PACIENTES SIN CRECIMIENTO

Reporte de 2 casos clínicos



Dra. Elisa Bianchini
Especialista en Ortodoncia
y Ortopedia Dento Maxilo facial.



PALABRAS CLAVES
*Clase II esquelética,
PowerScope2, Aparatos
funcionales fijos,
Maloclusión de Clase II.*

KEYWORDS
*Skeletal Class II,
PowerScope2, Fixed
Functional Devices,
Class II Malocclusion.*

RESUMEN

En pacientes que presentan una relación esquelética de Clase II, donde la causa es la retrusión mandibular y el crecimiento se encuentra en su etapa de desaceleración o ya no presentan crecimiento; los correctores mandibulares fijos como el PowerScope 2 son una alternativa de tratamiento.

En éste artículo se presentan dos casos de pacientes adultos de 19 y 21 años a los que se les realizó tratamiento de ortodoncia con brackets Gemini (3M), prescripción MBT y para la corrección maxilo-mandibular se utilizó el PowerScope2. Los tratamientos duraron un promedio de 22 meses y el período activo del corrector mandibular fue de 5 y 6 meses respectivamente. En ambos casos se logró la resolución de las clases molares, clases caninas y se obtuvieron los objetivos funcionales y estéticos propuestos al inicio del tratamiento. En ninguno de los pacientes se presentaron síntomas a nivel de ATM y el confort frente a la aparatología fue altamente aceptable.

SUMMARY

In patients with a Class II skeletal relationship, where the cause is mandibular retrusion and growth is in its deceleration stage or they no longer show growth; fixed jaw braces like the PowerScope2 could be one of the best treatment options.

In this article we present 2 cases of adult patients aged 19 and 21 who underwent orthodontic treatment with Gemini brackets (3M), MBT prescription, and the PowerScope2 was used for maxillo-mandibular correction. The treatments lasted an average of 20 months and the active period of the mandibular corrector was 5 and 6 months respectively. In both cases, the resolution of the molar classes, canine classes was achieved and the functional and aesthetic objectives proposed at the beginning of the treatment were obtained. In none of the patients there were symptoms at the TMJ level and the comfort in front of the appliance was highly acceptable.



INTRODUCCIÓN

La desarmonía dento-esquelética de Clase II es considerada una de las maloclusiones más frecuentes en la práctica ortodóntica.¹

Dependiendo de distintos factores como edad, biotipo del paciente, severidad de la maloclusión, entre otras variables; será el enfoque biomecánico que el ortodoncista implementará.

Posterior a un exhaustivo análisis diagnóstico, la decisión terapéutica podrá ser funcional, dentaria o quirúrgica.

La discrepancia maxilo-mandibular de Clase II puede deberse, a un maxilar prognático, una mandíbula retrognática o a una combinación de ambos. Según Mc Namara la que se presenta con mayor frecuencia es la Clase II con retrusión mandibular.²

Cuando el paciente presenta potencial de crecimiento la resolución con aparatología funcional es generalmente la indicada.^{3,4,5}

En etapas finales del crecimiento o cuando el crecimiento se encuentra en su etapa de desaceleración, o cuando ya no hay potencial de crecimiento y el diagnóstico indica una necesidad de estímulo mandibular; el uso de correctores mandibulares fijos son una alternativa para llegar a un objetivo de tratamiento exitoso.^{6,7,8.}

Los correctores mandibulares fijos pueden ser flexibles, rígidos o híbridos. En éste artículo se presentan dos casos donde se utilizó el dispositivo de avance mandibular PowerScope 2, que se trata de un corrector mandibular fijo híbrido.

Análisis diagnóstico

En los casos presentados en éste artículo, se realiza un exhaustivo diagnóstico iniciando por la anamnesis.

Los dos casos tienen un determinante común como principal motivo de su consulta; que aparte de la desarmonía dentaria, los pacientes, quieren solucionar su retrusión mandibular.

Para completar el diagnóstico se realiza examen clínico, manifestándose en todos un mentón retrognático en mayor o menor medida.

Estudios radiográficos y análisis cefalométricos (Cefalograma de Ricketts, Jaraback, Steiner).

Análisis de modelos.

Fotos de rostro frente, perfil y de boca.

Ninguno de los casos seleccionados presentan síntomas compatibles con algún tipo de disfunción de ATM.

Objetivos del tratamiento

En los casos presentados los objetivos son:

- Obtener Clase I molar y Clase I canina de ambos lados, sin realizar extracciones para no generar una apertura del ángulo naso-labial con el consiguiente aplastamiento del perfil facial.
- Mejorar el perfil generando una proyección anterior del punto Pogonion.
- Lograr estética dentaria y armonización de la sonrisa.
- Estabilidad dentaria, muscular y articular.
- Mantener silencio sintomático articular.

Plan de tratamiento

Se planifican los tratamientos de la Clase II sin realizar extracciones.

La aparatología utilizada es fija, brackets con prescripción MBT slot 0,22 (Gemini 3M).

Después de alinear y nivelar se coloca el dispositivo de avance mandibular PowerScope2 para avanzar la mandíbula a una posición conveniente de Clase I.

Progresión de tratamiento

La secuencia de tratamiento se inicia con el alineamiento, corrección de rotaciones y nivelación dentaria, utilizando arcos de nitinol superelásticos de 0.014", 0.018" y 0.017" x 0.025".

La nivelación de las arcadas dentarias se realiza con arcos de acero individualizados, tal como pregona la filosofía MBT, hasta llegar al 0.019" x 0.025".

Sobre el arco 0.019" x 0.025" de acero se instala el dispositivo PowerScope 2 durante un tiempo promedio de 6 meses, período en el cual se logra corregir una maloclusión de Clase II de 6mm.

En todos los casos se completa la coordinación de las arcadas con arcos livianos y gomas de asentamiento.

Al finalizar los tratamientos se coloca férula fija de 3 a 3 en arcada inferior y aparatología removible Hawley en arcada superior en ambos casos.

CASO CLÍNICO 1

PACIENTE: A.F.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 21 años.

PATRÓN ESQUELÉTICO: CLASE I ESQUELETAL.

PATRÓN FACIAL: BRAQUIFACIAL.

MALOCLUSIÓN: CLASE II 2da.

El resalte se encuentra disminuido y entrecruzamiento aumentado, determinando una marcada sobremordida.

Los incisivos superiores presentan retroinclinación, observándose clínicamente el torque disminuido.

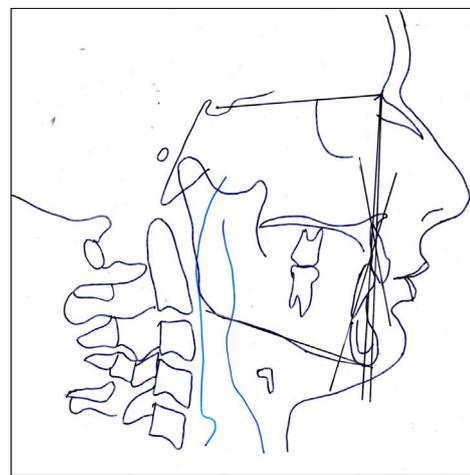
Los incisivos inferiores también se encuentran retroinclinados con un IMPA de 89 grados. Apiñamiento dentario inferior de -3,5mm (-1mm del lado derecho y -2,5mm del lado izquierdo).

El incisivo inferior se encuentra a 0mm con respecto al plano NB, permitiéndonos posibilidad clínica de protruirlo.

Curva de Spee marcada, generando una discrepancia negativa en el perímetro del arco.



Iniciales de rostro, frente y perfil.



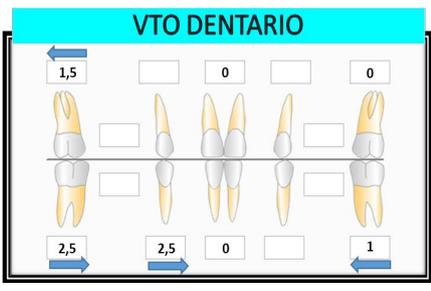
BRAQUIFACIAL
ANB 02°
IMPA 89°

Medidas cefalométricas iniciales para determinar Clase esquelética y relación de elementos dentarios con sus bases óseas.

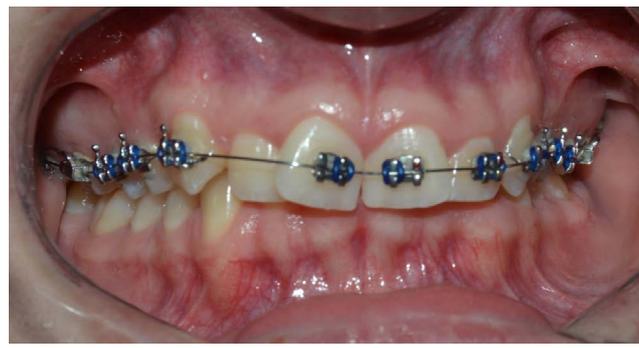


Intrabucales iniciales.

El uso del VTO dentario para planificar el tratamiento ortodóncico es una herramienta muy útil para predecir los requerimientos de anclaje y los movimientos dentarios



VTO dentario.



Una vez alineados, nivelados y corregidos completamente las rotaciones de los elementos dentarios, se inicia la nivelación de las arcadas colocando arcos de acero 0.019" x 0.025" individualizados en arcada superior e inferior.

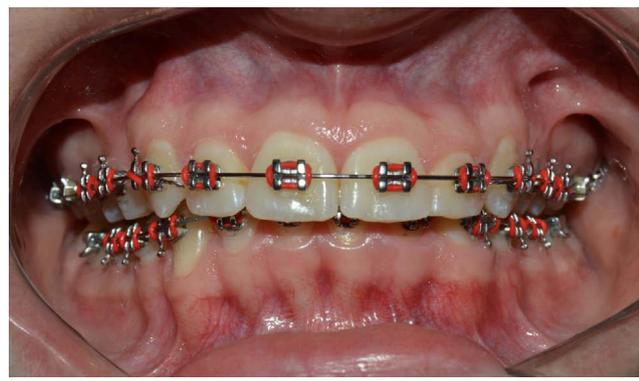


Observar en la foto que continúa manteniéndose la Clase II.

Se realiza un cementado secuencial en la arcada superior con el objetivo de disminuir la fricción en la etapa de alineamiento.



Se inicia con un arco de Nitinol de 0.014".



El dispositivo de avance mandibular PowerScope 2 se coloca sobre el arco 0.019" x 0.025" de acero desde mesial del 1er molar superior a distal del canino inferior de ambos lados.



Cementado arcada inferior.

Se realizan las activaciones del dispositivo del lado derecho. Se mantiene inactivo del lado izquierdo una vez obtenida la Clase I molar de ése lado. Observar en la foto cómo se genera distalización del molar superior.



Con el uso de gomas 1/8 4 oz medium se completa la corrección de la Clase molar y Canina.



Intrabucales finales.



Teleradiografía y Ortopantomografías realizadas antes de retirar la aparatología.



Secuencia de cambios en el perfil.

CASO CLÍNICO 2

PACIENTE: R.A.

SEXO: FEMENINO

EDAD: 19 años.

PATRÓN ESQUELÉTICO: CLASE II ESQUELETAL.

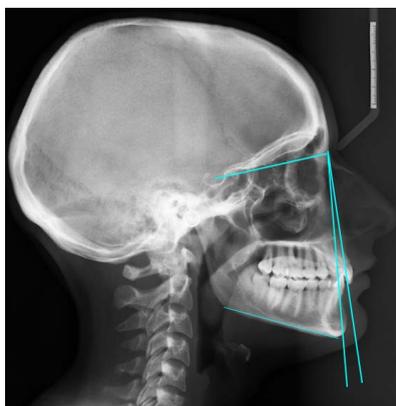
PATRÓN FACIAL: MESOFACIAL.

MALOCCLUSIÓN: CLASE II 2da.

La paciente presenta una Clase II 2da. con entrecruzamiento aumentado. El elemento 13 se encuentra bloqueado por palatino y existe permanencia del elemento 53.



Iniciales de rostro, frente y perfil.



Valores cefalométricos iniciales para determinar Clase esquelética y relación de elementos dentarios con sus bases óseas.

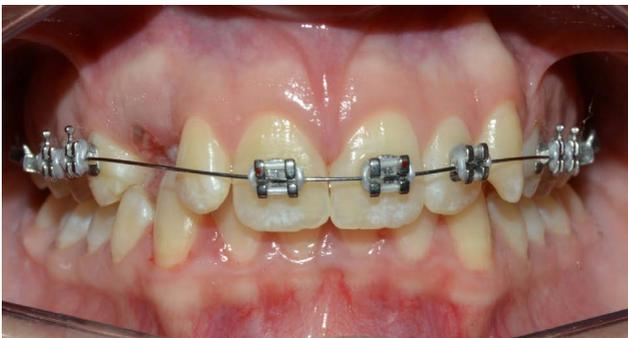
MESOFACIAL
ANB 05°
IMPA 95°



Ortopantomografía inicial.



Intrabucales iniciales.



El cementado de los brackets se inicia en la arcada superior y de manera secuencial, sin adherir los caninos superiores, ya que si cementamos el bracket en el elemento 23, al colocar el arco, se manifestaría el valor de la prescripción generándonos una desviación de la línea media superior hacia el lado derecho.

ALINEAMIENTO

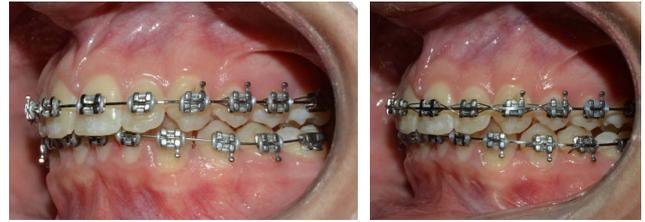
NIVELACIÓN



Etapas de alineamiento y de nivelación lado derecho.

ALINEAMIENTO

NIVELACIÓN



Etapas de alineamiento y nivelación lado izquierdo.



Una vez niveladas las arcadas con arcos 0.019" x 0.025" de acero previamente individualizados manteniendo las formas de las arcadas originales del paciente, se coloca el propulsor mandibular PowerScope 2.



Ortopantomografía antes de iniciar etapa de finalización.



Intrabucales finales.



Conclusiones

La Clase II considerada una de las maloclusiones más frecuentes en la práctica ortodóntica, puede presentarse con diferentes características y afectar distintas estructuras, razón por la cual podemos hablar de un Síndrome de Clase II.

Cuando ésta maloclusión se presenta causada por una retrusión mandibular, un aparato de acción ortopédica es, en general, la biomecánica de elección cuando se trata de pacientes en edad de crecimiento. Pero cuando el potencial de crecimiento se encuentra disminuido o no hay crecimiento, una buena alternativa de tratamiento son los propulsores mandibulares fijos como el PowerScope 2.

La literatura es abundante sobre estudios con aparatos funcionales fijos como el Jasper Jumper, Herbst, Eureka Spring, Forsus; pero no abundan investigaciones con PowerScope 2.

En los casos clínicos presentados en éste artículo, mostramos los cambios clínicos generados por el uso del PowerScope 2. Estudios como el de Joby Paulose⁶, muestran cambios considerables en los parámetros esqueléticos, dentarios y de tejidos blandos al final de tratamientos con PowerScope. Ésto concuerda con lo encontrado por los Dres. Dhiman I y Dhiman P⁹, quienes concluyen que el PowerScope provee una de las mejores opciones terapéuticas para los casos de Clase II tratados sin extracciones.

Autores como Vinni Arora¹⁰, en su estudio, compara el uso de Forsus y de PowerScope definiendo a los tratamientos con Forsus con mayores cambios esqueléticos y dentoalveolares, que con PowerScope donde revela cambios exclusivamente dentoalveolares.

Uno de los objetivos que se plantea al iniciar un tratamiento de ortodoncia es mantener la

salud a nivel de la ATM. Pocos son los estudios que relacionan el uso del PowerScope2 con el impacto a nivel de la ATM, pero Palomino-Gomez SP y col.¹¹, realizan estudios de resonancia magnética, tomografía y electromiografía postural para evaluar la ATM antes y después del tratamiento con propulsores mandibulares fijos, concluyendo que la relación cóndilo-disco-cavidad glenoidea inicialmente alterada durante la instalación del aparato, es restablecida al final del tratamiento.

En los casos clínicos que mostramos en éste artículo, podemos concluir que en ninguna etapa del tratamiento, ni al concluir el mismo, los pacientes manifestaron síntomas a nivel articular.

En relación a los objetivos planteados al inicio de los tratamientos, se cumplieron los oclusales, estéticos y funcionales propuestos y se logró satisfacer las necesidades y expectativas presentadas por los pacientes al requerir el tratamiento ortodóntico.

BIBLIOGRAFIA



- 1-Graber TM, Rakosi T, Petrovic A, *Dentofacial Orthopedics with Functional Appliances*. St. Louis: C.V. Mosby Co;1977.pp. 346-52.
- 2-Mc Namara JA(Jr). *Components of Class II malocclusion in children 8-10 years of age*. *Angle Orthod*. 1981; 51:177-202.
- 3-Oliveira PM, Cheib Vilefort PL, De Parsia Gontijo H, Melgaco CA, Franchi L, Mc Namara JA (Jr), Suki BO. *Three-dimensional changes of the upper airway in patients with Class II malocclusion treated with the Herbst appliance: A cone beam computed tomography study*. *Am J Orthod Dentofacial Orthopedic*. 2020 feb; 157(2):205-211.
- 4-Al Jewair T, Ghobaniparvar, Franchi L, Flores-Mir C. *Comparison of treatment outcomes with crowned and banded mandibular anterior repositioning appliance (MARA) in Class II pubertal subjects. A retrospective cohort study*. *Int Orthod*. 2020 feb 25. Pii:S176 1-7227 (20) 30010-3.
- 5-Nelson C, Harkness M, Herbison P. *Mandibular changes during functional appliance treatment*. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1993; 104:153-61.
- 6-Joby P, Palathottungal JA, Brijesh S, Susha MG, Manu Mundackal M, Joseph S. *PowerScope a Class II corrector- A case report*. *Contemp Clin Dent*. 2016 apr-jun; 7(2):221-225. *By PowerScope appliance: A retrospective cephalometric investigation*.
- 7-Singaraju GS, Vannala V, Ankiseti SA, Mandoval P, Ganugapanta VP, Unam D. *Evaluation of sagittal changes in Class II div 2 patients with decelerating phase of growth*. *J Pharma Bioallied Sci*. 2019 may; 11(sup 12): s208-s215.
- 8-Antony T, Amin V, Hedge S, Shetty D, Khan M. *The evaluation and clinical efficiency of PowerScope:An original research*. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2018 may-jun; 8(3):264-270.
- 9-Dhiman I, Dhiman P. *PowerScope non compliance Class II corrector. A review*. *International Journal of Current Research*. 2017 july.Vol 9, Issue, 07, pp.54157-24162.
- 10-Vinni A, Rekha S, Sonal C. *Comparative evaluation of treatment effects between two fixed functional appliances for correction of Class II malocclusion. A single-center, randomized controlled trial*. *Angle Orthod*. 2018 may. 88(3),259-266.
- 11-Palomino-Gomez SP, Almeida KM, De Mello P, Restrepo M, Raveli D. *Effects of fixed mandibular propulsive appliances on the temporomandibular joint*. *Revista CES Odontologia*. Vol 27 Nro 2. 2014.

Tree.Oss

Sistema de implante dental

Felicidades a todos los
ODONTÓLOGOS Y ODONTÓLOGAS
EN SU MES.

Estamos orgullosos de acompañarlos
día a día



WWW.TREE-OSS.COM

Tree-Oss Global Sales Office: Montevideo 770, 7°.CABA, Argentina.
info@tree-oss.com / +54 9 11 6463-8466 / +54 11 4815-0740
Asesor comercial Córdoba: David Pautasso +54 9 351 641 0690

CALIDAD DE VIDA A NIÑOS, JÓVENES Y ADULTOS CON DISCAPACIDAD



AUTORES

Od. Gargiulo Claudia ⁽¹⁾

Od. Cajal Julio César ⁽²⁾

Od. Juárez Sofía Lourdes ⁽³⁾

COAUTOR

Od. Chocobar Karina Yaqueline ⁽⁴⁾

LUGAR DE TRABAJO

Centro asistencial policlínico. Secretaria de Salud y Medio Ambiente de Municipalidad Banda del Río Salí. Tucumán.

1- Odontóloga de consultorio externo de Policlínica municipal. Coordinadora del Servicio de Odontología del Municipio Banda del Río Salí (Prov. De Tucumán), a cargo 4 servicios con doble y triple turno de atención y una guardia odontológica de lunes a sábado.

2- Odontóloga de consultorio externo de Policlínica municipal. Jefe de trabajos prácticos en la cátedra de Cirugía 1º curso de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Tucumán.

3- Odontóloga de consultorio externo de Policlínica municipal.

4- Odontóloga de consultorio externo de Policlínica municipal.

PALABRAS CLAVES

*Discapacidad Intelectual -
Prevención dental -
Déficit función cognitiva.*

KEYWORDS

*Intellectual Disability -
Dental Prevention -
Deficit cognitive function.*



RESUMEN

La Discapacidad Intelectual (DI) se caracteriza por un déficit en la función cognitiva del individuo en diferentes áreas que interfieren en el normal funcionamiento en sus actividades. Esto conlleva a dificultades para masticar y tragar, problemas para una higiene oral aceptable y como consecuencia caries, gingivitis y enfermedad periodontal. El principal objetivo fue conocer y determinar las afecciones bucales de mayor relevancia y promover la salud bucal. Se concurrió a dos instituciones con niños, jóvenes y adultos con DI de ambos sexos, los cuales fueron

examinados en un móvil odontológico, previo al mismo se realizaron charlas educativas, juegos, talleres, obras de títeres para que puedan aprender y conocer sobre una alimentación sana. Una vez motivados se realizaron las fichas odontológica y posteriormente los tratamientos correspondientes como limpieza y detartraje, topicaciones con flúor, sellantes de fosas y fisuras, obturaciones y exodoncia dental. Concluyendo que los problemas de salud bucal encontrados se deben al déficit de su función cognitiva y motriz lo que ocasiona por un lado, la dificultad para la higiene dental y por otro lado una deglución atípica en niños

con la consecuente mal posición dentaria y un gran porcentaje de restos radiculares en jóvenes y adultos.

SUMMARY

Intellectual Disability (DI) is characterized by a deficit in cognitive function of individuals in different areas that interfere with normal operation in their activities. This leads to difficulty chewing and swallowing, trouble acceptable oral hygiene and as a result caries, gingivitis and periodontal disease. Hremain objective It was found and determine the most important oral diseases and promote oral health. He attended two institutions with children, youth and adults of both sexes DI, which They were examined in a dental mobile, prior thereto educational lectures, games, workshops, puppet shows so that they can learn and know about healthy eating were performed. A motivated once the dental records were made and later appropriate treatments such as cleaning and scaling, topicaciones fluoride, sealants and fissure, fillings and dental extraction. concluding that the problems found oral health are due to deficits in their cognitive and motor causing the one hand function difficulty dental hygiene and on the other hand an atypical swallowing in children with poorly consistent tooth position and a large percentage of radicular remains in youth and adults.

Estado actual del conocimiento

En la ciudad Banda del Rio Salí (departamento Cruz Alta) a tres kilómetros de San Miguel de Tucumán, se localiza la municipalidad de dicha localidad (1), donde funciona el centro asistencial Policlínico integrado, entre otros profesionales, por un grupo de odontólogos que además de las prácticas odontológicas realizadas en dicha área, se recorren diferentes escuelas e instituciones a fin de divulgar la prevención buco-dental.

En dicha localidad, se encuentran dos establecimientos, uno privado llamado CENTRO DE DÍA (2), ubicado en el kilómetro 2 de la Ruta Provincial 306, en el barrio 140 viviendas de la localidad de Los Vallistos, que tiene como objetivo brindar inclusión y calidad de vida a jóvenes y adultos con discapacidad. El otro estable-

cimiento es público-estatal Escuela Especial Dr. JULIO BERNALDO DE QUIRÓS (3) ubicado en Pje. Colombia 260 Capitán Candelaria, cuyo objetivo es la integración escolar en niños con discapacidad intelectual.

En la institución privada CENTRO DE DÍA frecuentan jóvenes de ambos sexos, entre 14 y 60 años de edad dirigidos por personal capacitado para el desarrollo de actividades grupales e individuales incluyendo además desayuno, colación y almuerzo. Cuentan con clínica médica, neurología, psiquiatría, psicología, fonoaudiología, trabajo social, terapia ocupacional, nutrición y enfermería, más talleres de expresión corporal, educación física, radio locución, redacción, artes plásticas, cocina profesional, teatro y educación especial. Las prestaciones son sin cargo para la familia.

El establecimiento público Dr. JULIO QUIRÓS está integrado, por un lado, con niños de 5 a 12 años de edad (turno tarde), dirigidos por docentes pertenecientes al estado, brindando Educación Especial Primaria, Educación Especial EGB1 y EGB2, ayudando a la Integración Escolar, y por otro lado con jóvenes y adultos de 13 a 30 años (turno mañana), orientados por docentes especiales que enseñan talleres de reciclado de ropa, elaboración de trapos de piso, confección de alpargatas y de bolsas plásticas.

Las personas con discapacidad intelectual tienen características mentales especiales, con respecto al resto de la población en general, y por ello, es importante evaluar sus condiciones orales y planificar soluciones de acuerdo a las problemáticas encontradas.

Ambas instituciones fueron visitadas para brindarles atención odontológica y se encontraron diferentes problemáticas a nivel familiar como: familias numerosas con poco espacio físico en sus casas, falta de mobiliario (camas), familias carentes de recursos económicos (alimentación básica), mucha simpleza, inocencia, desbordados de calidez. Niños, jóvenes y adultos entregados misteriosamente a manos y corazones solidarios que sin duda, también reflejaban apego y cariño. Por todo esto es de gran importancia en el desarrollo, especialmente de los niños, de la adquisición de hábitos sociales y autonomía personal en lo referente a la higiene bucal.



INTRODUCCIÓN

Los niños, jóvenes y adultos con capacidad intelectual diferente tienen limitaciones tanto en el funcionamiento intelectual como en su adaptación con el entorno social, y para eso hay que interactuar y conocerlos y que ellos confíen en nosotros (4). La salud bucal es un derecho importante de toda persona y adquiere mayor relevancia cuando esas personas tienen una discapacidad. Presentan numerosos problemas de salud bucal debido a la mala higiene oral, la dieta blanda y las dificultades para el tratamiento. La proporción de caries dental aumenta y los problemas bucales en ellos son más severos por las anomalías dentarias que presentan desde edades muy tempranas. El estado periodontal es deficiente, por lo que las alteraciones gingivales son muy comunes, de gran extensión y se desarrollan más rápido por la dificultad en el cepillado dental. Debemos demostrar la necesidad de prevención y cuidados odontológicos para mejorar su calidad de vida (incrementar su autoestima) como a cualquier individuo de nuestra sociedad que necesita desarrollarse y gozar plenamente de sus derechos. Estos pacientes, con frecuencia, presentan bruxismo, babeo y también pueden presentar conductas autolesivas. Las malas oclusiones son constantes a consecuencia de las disfunciones orales y la alteración del tono muscular (5).

Metodología de trabajo

EN LA PRIMERA ETAPA:

Escuela pública Dr, Julio Quiróz. Año 2018

A- Se envió una nota dirigida al director de la institución con motivo de pedir audiencia y explicarles los objetivos propuestos hacia los alumnos.

B- En una primera reunión, se citaron a los padres o tutores de los niños explicándoles la finalidad de nuestra visita y se los evaluó acerca del conocimiento del cuidado bucal, usando un cuestionario de preguntas relacionado con: elementos de higiene bucal, hábitos de cuidados dentales, conocimientos sobre patologías orales y técnicas de higiene.

En una segunda reunión, se realizaron charlas educativas tanto para padres, tutores y docentes con disertaciones y proyecciones de películas educativas para brindar educación sobre técnicas de higiene bucal y poder así transmitir a los niños a crear el hábito de la higiene oral.

C- Se diseñaron e implementaron juegos colectivos adaptables a los intereses de los niños utilizando imágenes teniendo en

cuenta su memoria a corto plazo, proyectando películas educativas sobre la salud bucal ya que tienen una gran capacidad de percepción y animando a través de talleres participativos con obras de títeres (caramela y linda), para que puedan aprender y conocer sobre una alimentación sana. (Figura 1-2).

D- Se organizó una fiesta saludable para concientizar los conceptos de alimentación perjudicial y beneficiosa para los dientes. (Figura 3).

E- Previa firma por parte de los padres de un consentimiento informado, de acuerdo a lo que establecen los principios éticos de Helsinki de 2004, se realizaron evaluaciones clínicas por odontólogos previamente calibrados en el manejo de los Índices de acuerdo a los objetivos planteados. Los niños fueron examinados en un móvil odontológico, usando triadas y baja lenguas. Para conocer el estado de salud bucodental se aplicaron los índices de placa dental, alteraciones en el Desarrollo del Esmalte para conocer presencia de Opacidades e Hipoplasia del Esmalte, Índice de Deán para conocer presencia de Fluorosis Dental. Índice de Higiene Bucal. (Figura 4-5)



1. Talleres sobre salud bucal.



2. Obras de títeres.



3. Fiesta saludable.



4. Examen Buco dental.



5. Examen bucal en móvil odontológico.

EN LA SEGUNDA ETAPA:

A- Los niños fueron llevados en forma personal por sus padres o encargados al centro asistencial los días y horarios programados por el odontólogo de turno, donde se procedió a realizar el tratamiento correspondiente a cada niño como ser limpieza y detartraje, topicaciones con flúor, sellantes de fosas y fisuras, obturaciones y exodoncia dental.

PRIMERA ETAPA:

Institución privada Centro de Día. Año 2019.

A- Se envió una nota dirigida al responsable de la institución con motivo de pedir audiencia y explicarles los objetivos de nuestra visita.

B- En una primera reunión se les explico a los tutores o responsables la finalidad de nuestro trabajo referente a la higiene y hábitos bucales. En una segunda reunión con los jóvenes y adultos, los encargados y equipo de salud pertenecientes a la institución se realizaron charlas educativas con disertaciones y demostraciones prácticas sobre técnicas de higiene bucal. (Figura 6)

C- Se realizaron juegos colectivos adaptables a los jóvenes y adultos, como obras de títeres (Dientin y muelin), para que puedan aprender y conocer sobre una alimentación sana. (Figura 7)

D- Previa autorización verbal por parte de los responsables, se realizaron evaluaciones clínicas usando triadas y baja lenguas, con manejo de los índices de acuerdo a los objetivos planteados.

E- Se hicieron exámenes bucales en el móvil odontológico y toda la parte de operatoria que sea posible realizar en el móvil, como así también se trataron gingivitis simples (Figura 8-9)



6. Charlas educativas.



7. Juegos educativos.



8. Examen bucal.



9. Examen en Móvil odontológico.

SEGUNDA ETAPA:

Institución privada Centro de Día. Año 2019.

A-Desde la institución, previo turnos programados, los jóvenes y adultos fueron trasladados, por los responsables de turno, en móvil al área de salud de la municipalidad para ser tratados odontológicamente, comenzando con motivación y reconocimiento del consultorio odontológico para su adaptación. Los tratamientos incluyeron en primera medida las exodoncias, detartraje y operatoria más complejas. (Figura 10)



10. Atención en centro Asistencial policlínico.

Resultados obtenidos

ESCUELA PÚBLICA DR. JULIO QUIRÓZ

Se realizó el examen bucodental a 50 alumnos, en los que se determinó que el gran porcentaje presentaba caries extensas macro penetrantes acompañadas de dolor y sensibilidad ante el impacto masticatorio. La mitad de los alumnos presentaron índices de placa elevados conjuntamente con inflamación gingival, principalmente en el sector anterior con sangrado espontaneo o provocado. En zonas de molares superiores e incisivos inferiores se observó acumulación de tártaro dental en menor proporción.

Un gran porcentaje de alumnos presentaban mal posición dentaria con sus consecuentes fracturas coronarias del sector anterior. (Gráfico I).

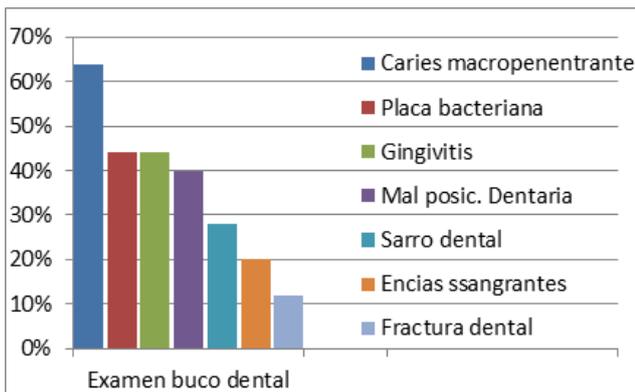


Gráfico I - Porcentaje de afecciones dentales.

Se les realizó una encuesta personalizada de modo verbal sobre la frecuencia de higiene dental, contestando la mayoría que a veces o nunca se cepillan los dientes (Gráfico II)

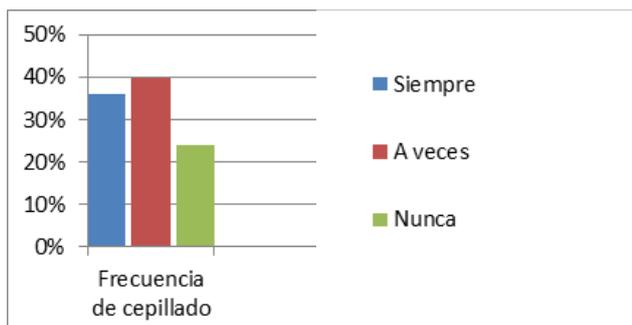


Gráfico II- Encuesta de frecuencia de higiene bucal.

INSTITUCIÓN PRIVADA CENTRO DE DÍA

Se realizó el examen bucal a 80 concurrentes, observando al examen bucal que todos presentaban gran acumulo de placa bacteriana y por consiguiente, altos índices de restos radiculares, caries macro penetrantes, gingivitis y periodontitis, sin dejar de mencionar que la mayoría recibe medicación psiquiátrica (Gráfico III).

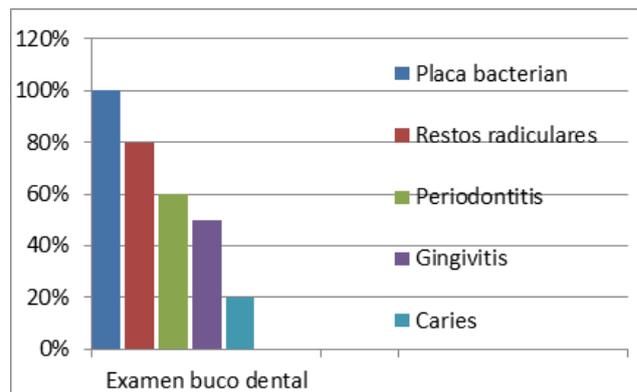


Gráfico III- Porcentaje de afecciones dentales.

Se les realizó una encuesta personalizada de modo verbal sobre la frecuencia de higiene dental, contestando la mayoría que nunca se cepillan los dientes (Gráfico IV).

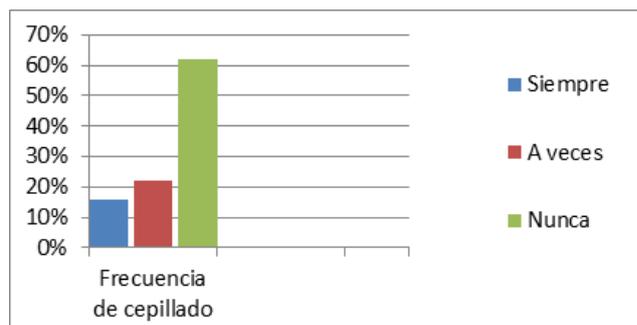


Gráfico IV- Encuesta de frecuencia de higiene bucal.

Conclusión

En personas con discapacidad intelectual la inteligencia y el propio aprendizaje se encuentran disminuidos si los comparamos con los niveles promedios de cada grupo de edad, por ello hay que ser repetitivos en lo que respecta a la prevención odontológica.

Si bien el déficit cognitivo está presente desde los primeros años de vida, es en el momento de la escolarización cuando éste se vuelve más evidente, razón por el cual debemos actuar en edades tempranas.

Cuando se alcanza la época de la adolescencia, los déficits cognitivos se traducen en un pensamiento excesivamente concreto, egocéntrico, con dificultades para la formación de conceptos sumados a los trastornos psicomotores con dificultad en el aprendizaje de los movimientos finos, ocasionando mala higiene dental.



BIBLIOGRAFIA

1- <https://bandadelriosali.gob.ar>

2- <https://bandadelriosali.gob.ar/capacitacion/centro-de-dia-del-este-a-prueba-de-todos/>

3- <https://www.argentino.com.ar/escuela-especial-nro-2080-julio-bernaldo-de-quiros-educacion-especial-F1506C10E13D2>

4- Higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales del Colegio Especial "Santa Teresa de Courdec" Mayo - Junio 2011. Motta Candela, Aurora del Pilar

5- Alternativas de atención odontológica en niños y adolescentes con discapacidad intelectual. María Sofía-Lozada-Leidenz1, María Elena-Guerra-G.2



Centro de Radiología Máxilo Facial
Dr. WALTER M. CHAUD
Tomografías y Radiografías

- Ortopantomografía
- Rx Oclusal
- Telerradiografía de perfil y de frente



NUEVA TECNOLOGÍA PARA BRINDAR UN MEJOR SERVICIO

- ATM en apertura y cierre
- Cefalometría
*Ricketts // Mc Namara
Steiner - Tweed // Björk - Jarabak*
- Tomografías Cone Beam

Odontólogos a cargo del servicio

Villani German MP 4520

Martinez Maria Isabel MP4519

Nicolas Avellaneda 317

Tel/Fax: (0351) 421-9632 - 5000 Córdoba

Mail: rxchaud@hotmail.com / Web: www.rxchaud.com.ar



**ARGENTINA
ORTHODONTICS**
Distribuidor Exclusivo

Synergistic Solutions for Progressive Orthodontics | **RMO**[®]
rocky mountain orthodontics

📍 AV. Corrientes 3169, 2o. Piso 21.
☎ T. +54 11 4862 0119
☎ C. +54 113 340 9623
✉ E. comercialrmo@gmail.com
📍 Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Distribuidor en Córdoba 📍
Juan Pablo Bettoli
☎ C. +54 351 557 3458
✉ E. rmocordoba@gmail.com

📘 Rmo argentina 📷 @rmoargentina 🌐 WWW.RMO.COM

HERRAMIENTAS VIRTUALES EN LA PLANIFICACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS ORTODÓNCICOS QUIRÚRGICOS



Dra. Regina Bass (Cba)

- Odontóloga, Universidad Nacional de Córdoba.
- Premio Universidad 1995.
- Doctora en Odontología.
- Especialista en Ortodoncia. (Sociedad Argentina de Ortodoncia y U.N.C.)
- Directora de la carrera de Especialista en Ortodoncia Universidad Nacional del Nordeste (UNNE)



PALABRAS CLAVES

*Cirugía ortognática.
Imágenes digitales.
Programación virtual.
Ortodoncia quirúrgica.*

KEYWORDS

*Orthognatic Surgery.
Digital imaging. Virtual
planification. Surgical
orthodontics.*

RESUMEN

La utilización de herramientas virtuales en la planificación de los tratamientos ha revolucionado la odontología. Para aquellos casos que deban recibir una cirugía ortognática ya sea porque la discrepancia esquelética de los maxilares hace imposible la compensación ortodóncica y/ o se encuentra afectada la estética facial, no queda fuera de esta revolución.

Este tipo de tratamientos requieren un planeamiento detallado de modo de optimizar los resultados faciales y oclusales. Los objetivos del tratamiento se ven potenciados por el uso de métodos de planificación tridimensionales y la generación de guías quirúrgicas producto de simulaciones quirúrgicas virtuales. El apoyo tecnológico pronostica los cambios en la posición de huesos, mordida, vía respiratoria y tejidos blandos optimizando los resultados de estética y función.

SUMMARY

The use of virtual tools in treatment planning has revolutionized dentistry. For those cases that must undergo orthognathic surgery, either because the skeletal discrepancy of the jaws makes orthodontic compensation impossible and / or facial aesthetics is affected, it is not out of this revolution.

These types of treatments require detailed planning in order to optimize facial and occlusal results. Treatment goals are enhanced by the use of three-dimensional planning methods and the generation of surgical guides as a result of virtual surgical simulations. Technological support predicts changes in the position of bones, bite, airway and soft tissues optimizing the results of aesthetics and function.



INTRODUCCIÓN

La cirugía ortognática es un campo especial de la cirugía máxilo-facial dedicada a la corrección de anomalías esqueléticas máxilofaciales. Es realizada cuando la discrepancia esquelética es de tal magnitud que no puede “camuflarse” o compensarse mediante movimientos dentales exclusivamente. Este tipo de anomalías producen alteraciones de tipo oclusales, funcionales y estéticas con su consecuente afectación psicológica y social. Este tipo de casos requiere un enfoque profesional interdisciplinar integrado principalmente por el ortodoncista y el cirujano máxilofacial.¹ El equipo interdisciplinar se encuentra además integrado por psicólogo, médico clínico, otorrino, fonaudiólogo y kinesiólogo.

La etiología de las deformidades dentomaxilofaciales es variada, pudiendo deberse a un componente hereditario, congénito, secuela de traumatismo, tumores u otros. Cualquiera sea la causa, en estos casos extremos, el único tratamiento posible para reposicionar dientes y huesos de la cara es la ortodoncia combinada con la cirugía ortognática.

Mediante un tratamiento individualizado, se logra la corrección simultánea de la maloclusión y la desarmonía facial.^{2,3}

La incorporación de las nuevas tecnologías permitió un aumento de la precisión de la planificación, mayor predictibilidad de tratamiento y la customización o individualización de complementos cosméticos.

El impacto de los cambios en la vida de las personas que pasan por este tipo de tratamiento desde el punto de vista social, funcional (masticación, deglución, fonación, respiración, etc.) y psicológico son notorios y muy beneficiosos. La recuperación de la autoestima del paciente es fundamental con este tipo de tratamientos.^{4,5}

La planificación para la cirugía debe ser detallada y precisa. Tradicionalmente esta se realizaba sobre telerradiografías de perfil craneal y un minucioso análisis fotográfico y clínico del paciente. La información obtenida a partir del análisis permite tomar decisiones respecto de los movimientos quirúrgicos y la magnitud de los mismos. En los casos de asimetría frontal se trabajaba conjuntamente con telerradiografías craneal de frente.

El VTO quirúrgico puede ser realizado mediante softwares de simulación bidimensionales en los cuales se presentan las alternativas de tratamiento en el perfil del paciente. (Fig. 1)

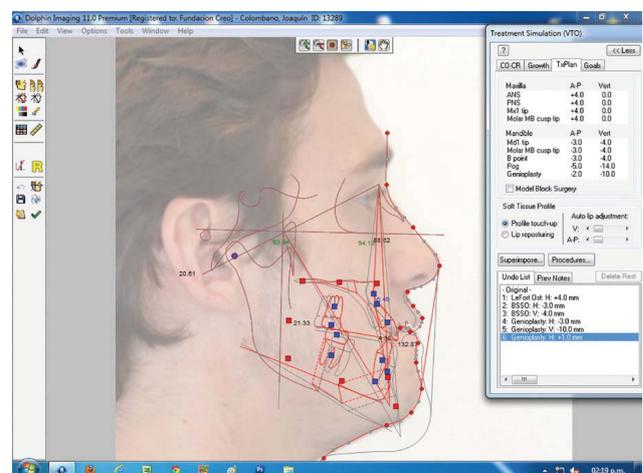


Fig.1 Software de simulación bidimensional. Estos programas permiten expresar el cambio del perfil facial a partir del movimiento de los maxilares en el sentidos sagital y vertical.

Con la información obtenida es que llega el momento de la construcción de las guías o splints quirúrgicos.^{6,7}

Para ello existen varias alternativas de trabajo, desde los modelos montados en articulador con líneas de referencia o la platina de Erikson entre otros. (Fig. 2 y 3)

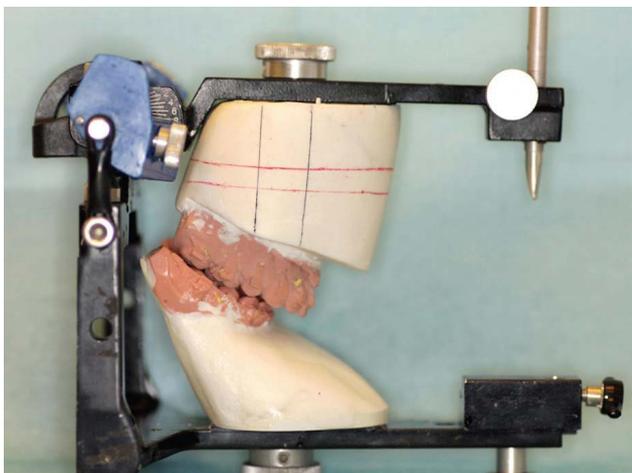


Fig. 2. El método tradicional a partir de modelos montados en articulador, se marcan sobre los zócalos líneas de referencia verticales y horizontales para realizar los movimientos quirúrgicos en el laboratorio.

Las medidas obtenidas en el VTO quirúrgico son trasladadas a los modelos.

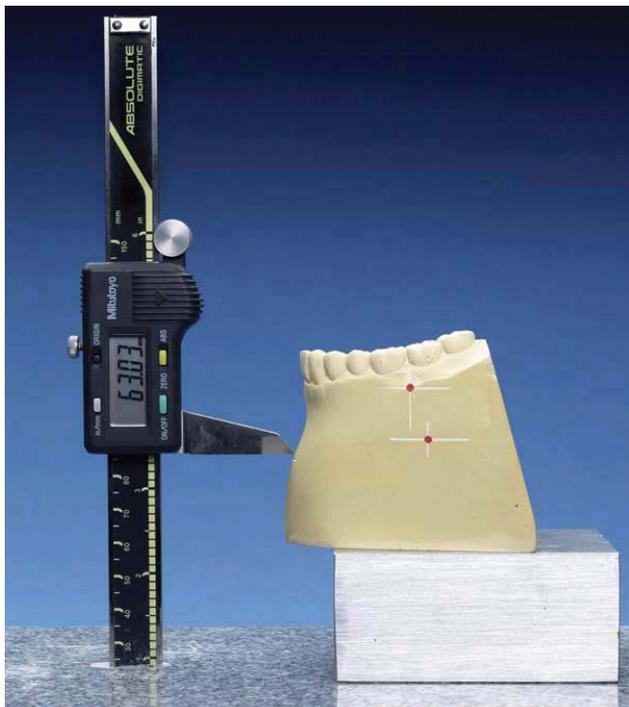


Fig. 3. Platina de Erikson. A partir de modelos montados en articulador, se trabaja sobre una platina asistida por un calibre digital, a fin de realizar los movimientos simulados en el zócalo de montaje.

Es decir que se parte de una planificación bidimensional (2D), de una problemática tridimensional (3D), para construir una guía de trabajo como lo es el splint.

Como es sabido, actualmente, nos encontramos en la era de la imagen digital, y las tecnologías asistidas por computadora han ganado mayor importancia en el diagnóstico, la planificación preoperatoria y su transferencia quirúrgica posterior. Es así que actualmente la planificación se realiza a partir de imágenes digitales tridimensionales del paciente, obtenidas a través de tomografías axiales computadas o estudios Cone-Beam con reconstrucción multiplanar. Esto permite la generación de splints diseñados virtualmente e impresos mediante impresoras tridimensionales.^{8, 9, 10.}

Esta planificación virtual permite una predicción de los cambios esperados. Es decir que la cirugía es “ensayada” virtualmente. Las ventajas de este tipo de planificación es que elimina el tradicional método de predicción siendo la simulación quirúrgica más precisa.

Los métodos convencionales en dos dimensiones (2D) sólo proporcionan una limitada comprensión de los complejos defectos tridimensionales.

Este ambiente virtual de planificación tridimensional permite una reunión web interactiva entre el cirujano y el ortodoncista para permitir la simulación del procedimiento, incluyendo la posibilidad de planificar las osteotomías, cuantificación del movimiento, pudiendo comparar los resultados pre operatorio y post operatorio. Permite identificar problemas potenciales del plan quirúrgico previo a la cirugía, con la consecuente reducción del riesgo para el paciente. Se pueden prever además cambios de tipo volumétricos imposibles de evaluar mediante técnicas bidimensionales.^{11, 12, 13.}

La ventaja del uso de la tecnología para este procedimiento es que la cirugía puede ser más predecible y eficiente a través de la visualización de la anatomía a través del proceso de planificación y al identificar dónde

existen solapamientos y las lagunas óseas, todo previo a la cirugía.^{14, 15.}

Además, la velocidad de construcción de las férulas o guías quirúrgicas es mayor y con menor grado de error.

También constituye una excelente herramienta comunicacional con el paciente ya que puede pre-visualizar el cambio o ver su cara con o sin cirugía para elegir el tratamiento acorde a su necesidad.^{16, 17, 18.}

A continuación, se describirá el caso de un paciente que recibe el tratamiento combinado de ortodoncia y cirugía ortognática.

El paciente se presenta a la consulta a los 15 años de edad con una mordida abierta e invertida anterior. Se encontraba recibiendo un tratamiento de “compensación” con placas removibles. Lo único que produjeron estas placas fue la retroinclinación incisiva inferior. (Fig. 4)

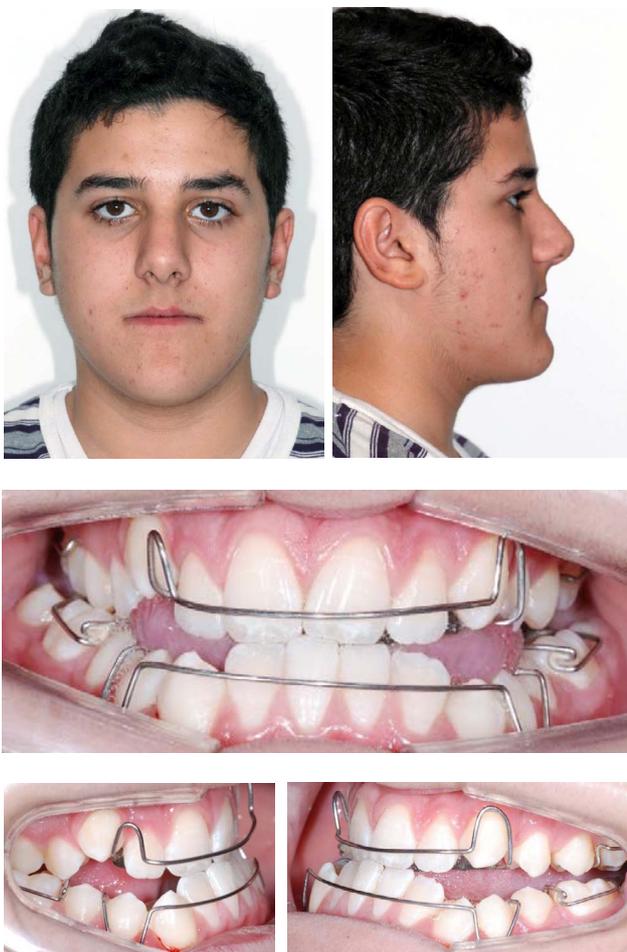


Fig 4. El paciente concurre a sus 14 años con una evidente Clase III mandibular con un intento de “compensación” con aparatología removible. Se le indica al paciente la suspensión del tratamiento y la espera de la conclusión del crecimiento para abordar el tratamiento ortodoncicoquirúrgico.

Se indica la suspensión del tratamiento y que vuelva a la consulta cerca de sus 18/19 años cuando el crecimiento máxilofacial se encuentre agotado.

Es así que el paciente asiste nuevamente habiendo concluido su crecimiento para iniciar el tratamiento ortodónico quirúrgico. (Fig. 5)

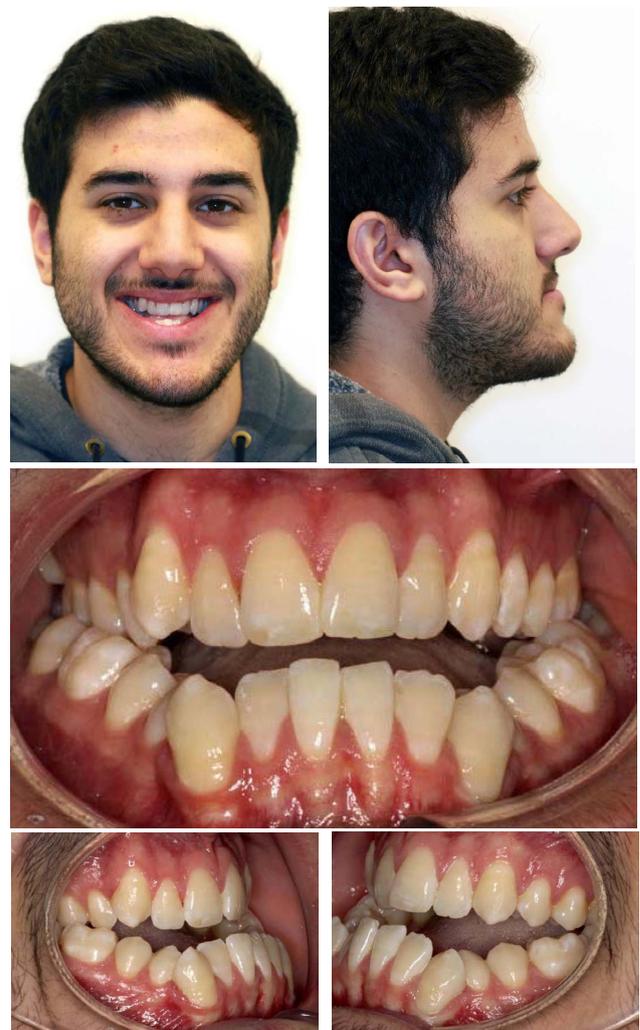


Fig. 5 El paciente retorna a sus 18 años donde se evidencia el franco crecimiento mandibular y la conservación de la retroinclinación incisiva inferior producida por la aparatología removible.

Dentro de los objetivos ortodóncicos prequirúrgicos se debe producir una descompensación de la oclusión de modo de lograr overjet y overbite dentario congruente con la anomalía esquelética y facial. En este caso en particular se debía quitar las compensaciones de retroinclinación incisiva inferior del tratamiento previo de modo de posicionar incisivos superiores e inferiores en sus basales óseas. Se debe lograr llaves de la oclusión en arcadas por separado manteniendo la forma y ancho de arcos dentarios.

Se instala aparatología fija con secuencia ascendente de arcos donde se puede valorar el aumento del overjet negativo. (Fig. 6)



Fig. 6. Se observa como esta descompensación ortodóncica repercute sobre el perfil facial. Este “empeoramiento” del perfil como de la oclusión produce un aumento de los movimientos quirúrgicos posibles de modo de producir una repercusión positiva de mayor magnitud con la corrección quirúrgica.

Cuando se obtiene estabilidad oclusal interarcada se puede comenzar a planificar la cirugía.

El software de planificación utilizado fue IPS (Intelligent Patient Solution) de KLS Martin. Para la planificación se requiere de la tomografía computada del macizo maxilofacial completo con labios en reposo. Par la toma del registro el paciente lleva un jig de modo de generar una separación interoclusal de 1mm.

Se deben obtener los modelos virtuales en archivo STL de ambos maxilares como así también la oclusión final deseada. (Fig. 7 y 8)



Fig. 7 Los archivos STL del paciente es cargado en el software y orientados.

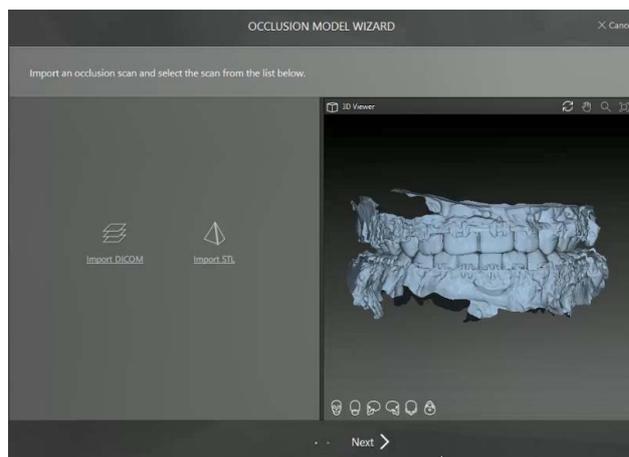


Fig. 8 El archivo STL de la oclusión final deseada debe ser incorporada al archivo del paciente que se esta planificando.

La calidad de las caras oclusales obtenidas de la tomografía o cone beam no es tan fidedigna como la del escaneado intraoral o de modelos. Es por ello que uno de los pasos principales consiste en la superposición de los modelos escaneados con la tomografía. (Fig. 9)

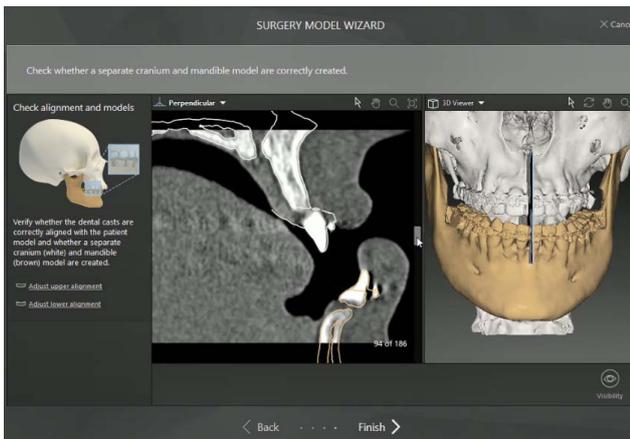


Fig. 9 Uno de los pasos importantes en la planificación digital es lograr la superposición de los archivos de los modelos escaneados sobre la tomografía computada. Existen herramientas para chequear que la superposición sea exacta.

Se procede a la orientación de la cabeza en posición natural. Para iniciar el proceso quirúrgico se deben trazar las líneas de osteotomías.

En este caso al ser un caso de triple procedimiento se trazan líneas para Lefort I, osteotomía sagital de rama bilateral y osteotomía para mentón. (Fig. 10 y 11)

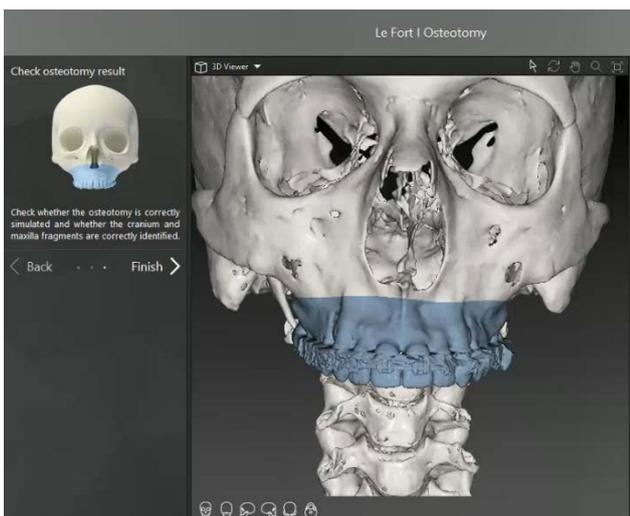


Fig. 10 Mediante la marcación de puntos sobre la tomografía del paciente “segmentamos” los maxilares para poder realizar la movilización de los mismos. En esta foto se puede ver en color azul la selección del maxilar superior para poder simular una Lefort I.

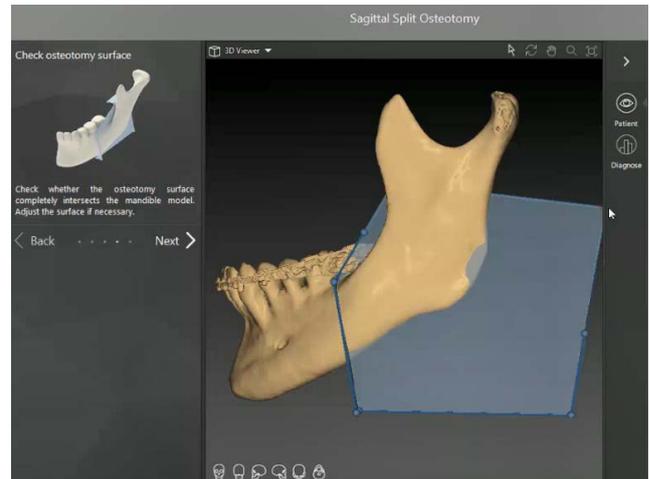


Fig. 11 Indicación de las líneas de corte de una osteotomía sagital de rama. De este modo el software interpreta que segmentos pueden ser movidos durante la simulación quirúrgica.

Una vez que estas marcas son realizadas el software “comprende” cuales son las secciones que deben ser movidas. (Fig. 12)

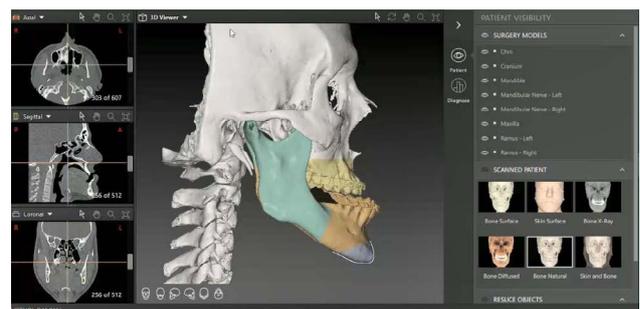


Fig. 12 Se observan los distintos segmentos a ser movidos. Maxilar superior, mandíbula y sínfisis. Simultáneamente se pueden valorar las vías aéreas y las distintas estructuras en cortes sagitales, coronales y frontales.

Se comienzan a ensayar diferentes alternativas de tratamiento de modo de valorar los cambios en el perfil facial del paciente. (Fig. 13 a 15)

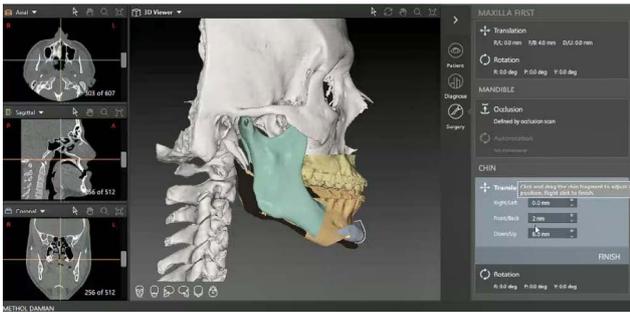


Fig. 13 Simulación de los movimientos quirúrgicos. Se obtienen los valores en milímetros y en que sentido del espacio fueron realizados los distintos movimientos.



Fig. 14 Valoración de los tejidos blandos preoperatorios.



Fig. 15 Simulación de los tejidos blandos post operatorios.

Una vez que se definen la cantidad de movimientos por maxilar se procede al diseño de los splints. Solo queda imprimirlos. (Fig.16 y 17)

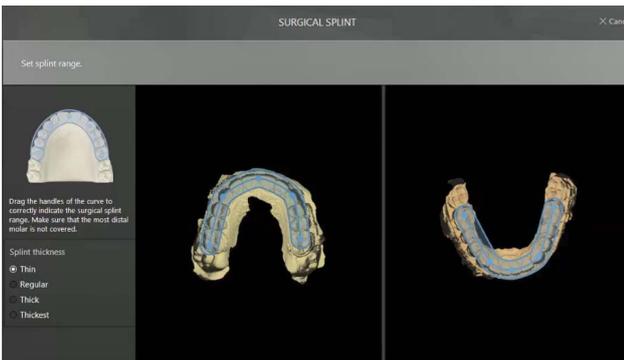


Fig. 16 Construcción del splint intermedio. Se puede seleccionar espesor y longitud del mismo.

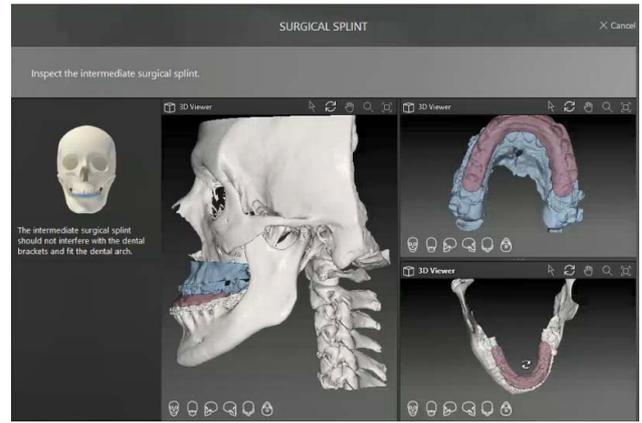


Fig. 17 Splint intermedio para valoración y posibles modificaciones. Cuando aprobamos la guía se obtiene un archivo STL para exportar e imprimir tridimensionalmente.

El splint intermedio se utilizará para la fijación del maxilar superior (Fig. 18) mientras que el splint final para la fijación rígida de la mandíbula. (Fig.19 y 20)

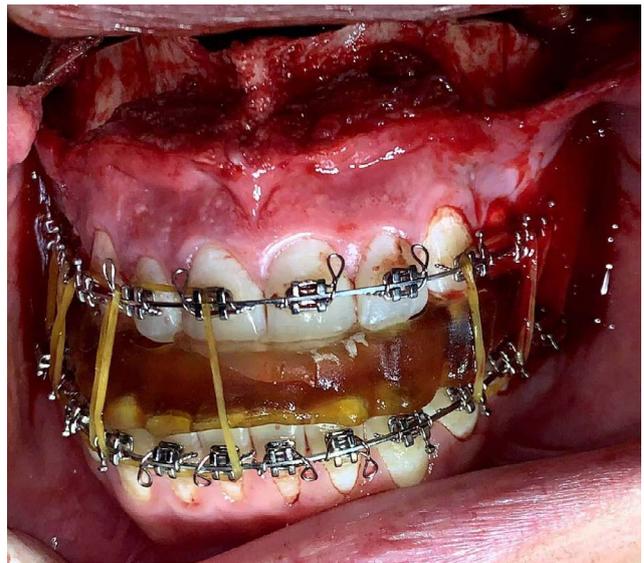


Fig. 18 Splint intermedio impreso. Fijación del maxilar superior con miniplacas de titanio.



Fig. 19 Splint final impreso para la fijación de la mandíbula luego de la osteotomía sagital de rama.

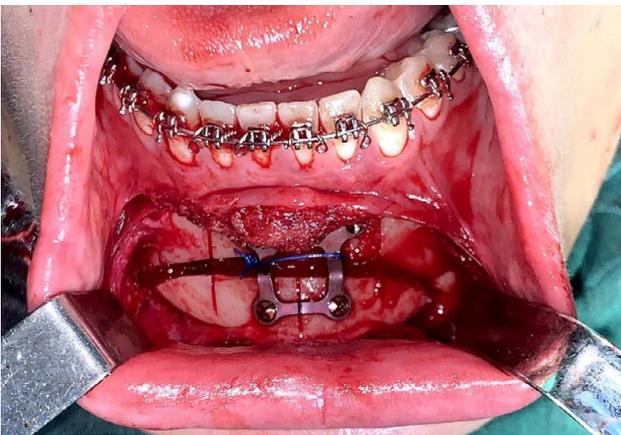


Fig. 20 Fijación rígida mandibular y chin plate en sínfisis luego de la reducción vertical del mentón.

Es típico en pacientes de Clase III esquelética, que presenten deficiencia del tercio medio facial característico de los perfiles cóncavos. Cuando se realiza avance del maxilar superior, mejora el soporte de la nariz, rellena el área paranasal y los surcos nasogenianos.

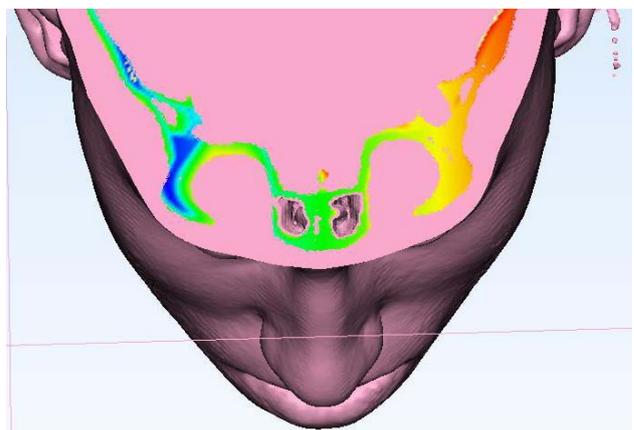
Pero la zona malar persiste “hundida” y hasta aumenta este aspecto de “malar plano” frente al avance del maxilar superior.

Es en estos casos en el que se vuelve muy favorable la realización de un complemento plástico mediante la colocación de prótesis customizadas de malares. Los mismos van fijos mediante tornillos de titanio.

Es así, que una vez mas, la tecnología marca una diferencia en la generación de estas prótesis individualizadas. Usualmente se seleccionaban prótesis de catálogo (Medpor-polipropileno de alta densidad, etc.) de medidas determinadas lo que no permitía compensar alguna asimetría entre el lado derecho e izquierdo cuando era necesario o en el caso de requerir alguna modificación, se realizaba mediante un tallado empírico intraoperatorio.

Actualmente mediante la utilización de la tomografía computada y la reconstrucción multiplanar del cráneo como de los tejidos blandos se puede determinar la presencia de asimetrías para poder diseñar una prótesis individualizada para cada malar de cada paciente.

Es una buena herramienta superponer los tejidos duros y blandos del lado derecho del paciente con el izquierdo y así poder determinar la asimetría exacta por área. (Fig. 21) A partir de esta información poder generar un diseño customizado para luego ser impreso tridimensionalmente. (Fig. 22)



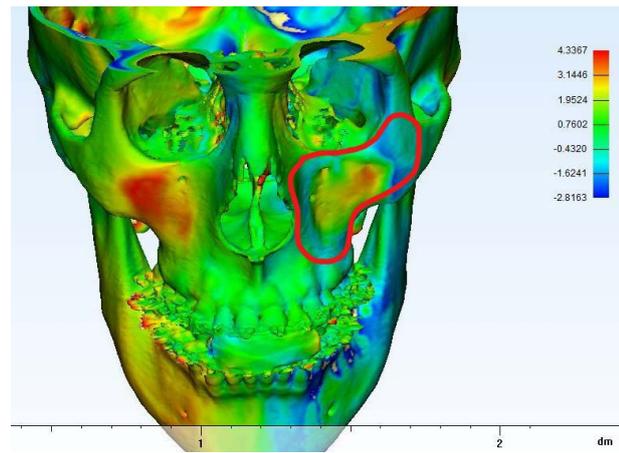
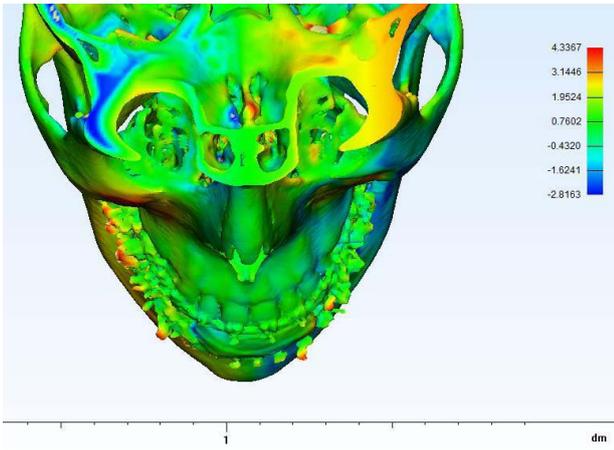


Fig. 21 Estudio de asimetrías sobre tomografía tanto en tejidos duros como blandos. Se obtienen las medidas de cada malar a diseñar para lograr la misma proyección de la prótesis en ambos lados.

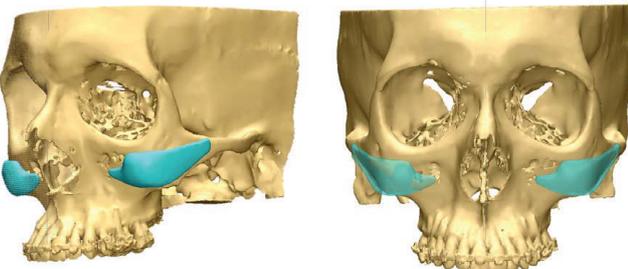


Fig. 22 Diseño de malar de forma virtual. Luego, éstos serán generados mediante impresión tridimensional.

Esto no solo aumenta la predictibilidad del resultado, sino que reduce los tiempos intraoperatorios sustantivamente.

Estas prótesis vienen conjuntamente con el modelo estereolitográfico del área de modo de corroborar la exactitud de la ubicación de las mismas. (Fig.23). Se puede además consultar intraoperatoriamente las imágenes tomográficas en caso de necesidad. (Fig.24 y 25)

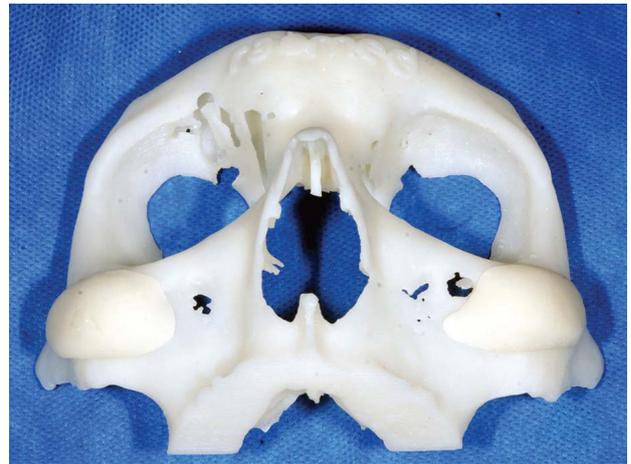


Fig. 23 Estereolitografía del tercio medio facial con los malar impresos en posición.



Fig. 24 Para la colocación de las prótesis, se trabaja dentro del quirófano con las imágenes generadas.



Fig. 25 Malar izquierdo fijado con tornillos. Se observan, además, las miniplacas de fijación del maxilar superior.

Se puede observar en el tratamiento finalizado el cambio de la oclusión del paciente como así también la repercusión positiva sobre la facies del mismo. (Fig.26)



Fig. 26 Resultado final donde se observa la corrección de la oclusión como una corrección del defecto facial.

Conclusiones

Los prometedores avances en el campo digital han permitido tanto la simplificación de las técnicas quirúrgicas y una planificación ortodóncica-quirúrgica más precisa y con mayor nivel de exactitud, con la consecuente optimización de los resultados del tratamiento de las desarmonías maxilofaciales.

Esta alternativa de trabajo permite obtener una hoja de ruta digital con modelos personalizados, permitiendo simular osteotomías, movimientos quirúrgicos y predicción del reposicionamiento de los tejidos blandos con una mirada volumétrica pudiendo comparar los resultados preoperatorios con los posoperatorios. Esto redundará en ventajas como la reducción del

tiempo intraoperatorio, las complicaciones y la sorpresa quirúrgica ya que aumenta la previsibilidad. Puede lograr además que cirugías de alto nivel de complejidad puedan ser simuladas y planificadas para poder estas ser realizadas en un solo procedimiento quirúrgico en lugar de múltiples etapas.

El apoyo tecnológico pronostica los cambios en la posición de huesos, mordida, vía respiratoria y tejidos blandos optimizando los resultados de estética y función.

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.



Dra. Regina Bass

Tel: 0351-5891867/8 Cel: 0351-153230419. Mail:reginaebass@gmail.com

Institución: Fundación CREO para el progreso continuo de la odontología
Av. Vélez Sarsfield 1460. Córdoba – Argentina.

REFERENCIAS



1-Goga D, Battini J, Belhaouari L, Courtois R, Hardy C, Martin T, Laure B. Improving the esthetic results and patient satisfaction in orthognathic surgery. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale*. 2014 Sep;115(4):229-38.

2-Bénateau H, Chatellier A, Leprovost N, Ghezal S, Compère JF, Veyssièrè A. Condylar positioning during mandibular orthognathic surgery. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale*. 2014 Sep;115(4): 245-9.

3-Poynard S, Pare A, Bonin Goga B, Laure B, Goga D. Understanding of medical information provided during orthognathic surgery consultations. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale*. 2014 Jun;115(3):135-9

4-Battini J, Courtois R, Réveillère C, Jonas C, Potard C, Tayeb T, Zagala-Bouquillon B, Chabut A, Mercier JM, Bedhet N, Simon E, Goga D. Psychological effects of orthognathic surgery and postoperative dissatisfaction: presentation of a research protocol. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2012 Feb;113(1):36-8.

5-Meningaud JP. Facial surgery. *Rev Prat*. 2010 Nov 20; 60(9):1241-6.

6-Villani S, Tartaro GP, Corvo G, Itró A. The role of soft tissues in the planning of bimaxillary orthognathic surgery. Review of the literature and two clinical cases. *Minerva Stomatol*. 1998 Mar;47(3):63-74.

7-De Massiac G, Gueguen P, Blanc JL, Mercier J. Orthodontic preparation for orthognathic surgery. Various specific points. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 1998 Apr;99(1):11-9

8-Gwen R.J. Swennen, Wouter Mollemans, Filip Schutyser .Three-Dimensional Treatment Planning of Orthognathic Surgery in the Era of Virtual Imaging., *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. Volumen 67(10): 2080-2092

9-Mavili Mehmet Emin, Canter Halil Ibrahim, Saglam-Aydinatay Banu, Kamaci Soner, Kocadereli. Use of Three-Dimensional Medical Modeling Methods for Precise Planning of Orthognathic Surgery. *Journal of Craniofacial Surgery: July 2007 - Volumen 18(4): 740-747*

10-Xia J, Samman N, Yeung RW, Shen SG, Wang D, Ip HH, Tideman H. Three-dimensional virtual reality surgical planning and simulation workbench for orthognathic surgery. *The International Journal of Adult Orthodontics and Orthognathic Surgery* 2000, 15(4):265-282

11-Swennen, Gwen R. J., Mollemans, Wouter, De Clercq Calix, Abeloos Johan, Lamoral Philippe, Lippens Frank, Neyt Nathalie, Casselman Jan, Schutyser Filip. A Cone-Beam Computed Tomography Triple Scan Procedure to Obtain a Three-Dimensional Augmented Virtual Skull Model Appropriate for Orthognathic Surgery Planning. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* Volumen 40 (4) Abril 2011, Pag. 341-352

12-Joanneke M. Plooi, Thomas J.J. Maal, Piet Haers, Wilfred A. Borstlap, Anne Marie Kuijpers-Jagtman. Digital three-dimensional image fusion processes for planning and evaluating orthodontics and orthognathic surgery. A systematic review

13-Marc Christian Metzger, Bettina Hohlweg-Majert, Uli Schwarz, Matthias Teschner, Beat Hammer, Rainer Schmelzeisen. Manufacturing splints for orthognathic surgery using a three-dimensional printer. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. Volumen 105(2), Febrero 2008, Pag. e1-e7.

14-Ayoub AF, Wray D, Moos KF, Siebert P, Jin J, Niblett TB, Urquhart C, Mowforth R.

Three-dimensional modeling for modern diagnosis and planning in maxillofacial surgery. *The International Journal of Adult Orthodontics and Orthognathic Surgery*. 1996, 11(3):225-233

15-Samir Aboul-Hosn Centenero, Federico Hernández-Alfaro. 3D planning in orthognathic surgery: CAD/CAM surgical splints and prediction of the soft and hard tissues results – Our experience in 16 cases. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. Volumen 40 (2), I, Febrero 2012: 162-168

16-James Xia, Nabil Samman, Richie W. K. Yeung, Dongfeng Wang, Steve G. F. Shen, Horace H. S., Henk Tideman. Computer-assisted three-dimensional surgical planning and simulation 3D soft tissue planning and prediction. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*. Vol 29(4)

17-Hideki Okumura, Liang-Hong Chen, Sadami Tsutsumi, Masanori Oka. Three-dimensional virtual imaging of facial skeleton and dental morphologic condition for treatment planning in orthognathic surgery *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. Volumen 116(2), Agosto 1999, Pag. 126-131

18-Terzic A, Schouman T, Scolozzi P. Accuracy of morphological simulation for orthognathic surgery. Assessment of a 3D image fusion software. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale*. 2013 Aug 6. pag: S2213-6533



- ✓ Blanqueamiento dental.
- ✓ Mezcla instantánea y aplicación directa para 1 paciente.
- ✓ Sólo una aplicación de 40 min.
- ✓ Peróxido de hidrógeno 35%.
- ✓ Incluye desensibilizante Kdesin.

Clarident-X



Clarident-PC

- ✓ Peróxido de carbamida al 16% y 22%.
- ✓ Uso Ambulatorio.
- ✓ 1 Jeringa x 3 g.
- ✓ 3 jeringas x 3 g.

➤ Nuestro trabajo es hacer brillar el tuyo.



(+54) 3543 448260
tedequim.com.ar



ISO 13485:2016



ISO 9001:2015



BPF ANMAT

ALIVIO INMEDIATO Y PROTECCIÓN PROLONGADA* CONTRA LA SENSIBILIDAD



..... **TÉ VERDE**

Disminuye el colesterol malo

**AGUA FRIA
DE COCO**

Disminuye el colesterol malo

*Cuando es usado según lo indicado en la caja y con el uso continuo del régimen completo.

EDUCACIÓN UN PILAR EN LA PROTECCIÓN DE LA SALUD DESDE LA ETAPA PRENATAL UN CAMINO DE RESPONSABILIDADES



Dra. Mirtha Gandolfo

- Profesora en Odontología UCC.
- Doctora en Odontología UNC
- Profesora asistente semiexclusiva de la cátedra de Odontopediatría "A" de la UNC.
- Adjunta y jefe de trabajos prácticos de la cátedra de Integral Pediátrica Niños y Adolescentes y jefe de trabajos prácticos de la cátedra de Práctica Preventiva II de la UCC.

Dra. Magdalena Bolesina

- Doctora en Odontología.
- Profesora titular por concurso Cátedra Integral Niños y Adolescentes, Ex-titular de la cátedra de Odontopediatría A.
- Docente Curso de Odontopediatría de Fundación Creo.



PALABRAS CLAVES
*Interdisciplina,
promoción, prevención
y educación.*

KEYWORDS
*Interdiscipline,
promote, prevention,
education.*

RESUMEN

A partir del diagnóstico realizado en la salida en el 2014 en la comunidad de dos jardines de infantes, ubicados en zonas urbano-marginales de la ciudad de Córdoba, se reconoció que la principal problemática que sobrellevan está relacionada con la vulneración del derecho a la salud, presentando marcadas desventajas sociales. Las mismas son el producto de la desigualdad socioeconómica y cultural, en cuanto a la distribución de bienes materiales y simbólicos y a las posibilidades de acceso a los servicios básicos, impidiendo así, el ejercicio de sus derechos. Frente al reconocimiento de esta demanda genuina en la comunidad, se reflexiona y programa este proyecto como un esquema interdisciplinario, contextualizado de procesos y acciones que promueven el ejercicio efectivo del derecho a la salud, con énfasis en

la promoción y en la prevención de la misma en general y bucal en particular.

Desde la interdisciplina se organizaron encuentros entre, directoras y maestras, luego con embarazadas, padres, niños, administrativos de los Jardines de Infantes y docentes, alumnos; Lic. en Psicología, en Nutrición, en Fonoaudiología, en Enfermería y Lic. En Trabajo Social, con el objetivo de acompañar un intercambio de saberes, buscando ayudar a disminuir las distintas situaciones problemáticas en estas comunidades.

El diseño integral de acciones y propósitos supone que para ser efectivo el ejercicio del derecho a la salud, se necesita tener acceso a la

información y participación de los ciudadanos de la comunidad en lo que respecta a la planificación, diseño y ejecución de estas acciones.

Teniendo en cuenta que la vida comienza desde la concepción y que los elementos dentarios, se plasman en la vida intrauterina, consideramos que la educación como pilar fundamental para la salud, debe comenzar desde el embarazo.

El objetivo se basó en promocionar el mejoramiento de acciones individuales y colectivas saludables, en madres embarazadas, niños preescolares, sus docentes y familiares de las poblaciones, promoviendo cambios de conducta.

En base a todo esto se propusieron actividades de capacitación a través de encuentros de formación en extensión. Se elaboraron folletos, cartografía, material de motivación para los niños, encuestas diagnósticas a: embarazadas, padres y maestros y además encuestas de valoración del proyecto a: padres, docentes y alumnos, que participaran de las Jornadas.

Se desarrollaron seminarios interactivos entre docentes y referentes comunitarios, para una puesta en común, a fin de poder planificar estrategias didácticas contextualizadas. Esto se llevó a cabo con la ejecución de talleres sobre, promoción y prevención del derecho a la salud, buscando prácticas en salud, a través del intercambio y diálogo de saberes, orientado a colaborar en la resolución de los problemas que afectan a la misma: sexualidad, maltrato, adicciones (alcohol, droga, tabaco), hábitos de higiene, lavado de manos, hábitos saludables, racionalización de hidratos de carbono, entre otros.

En estas jornadas también se realizó “diagnóstico en salud bucal”, y atención odontológica a quienes lo necesitaron, en cuanto a las enfermedades más prevalentes: caries, enfermedad periodontal, hábitos disfuncionales. En este último caso los pacientes fueron derivados.

En consonancia con el concepto de salud entendido como un bienestar bio-psico-social, el cierre de estas jornadas fue a través de un evento al que se llamó “UNIDOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTROS NIÑOS”.

Finalmente se elaboró una base de datos y un informe sobre el ejercicio al derecho a la salud general bucal de la zona, el cual pueden ser necesario para la construcción en dicha comunidad de políticas públicas sanitarias.

SUMMARY

From the diagnosis made at the visit in 2014 to the community of two kindergartens, located in urban-marginal areas of the city of Córdoba, it was recognized that the main problem they endure is related to the violation of the right to health, presenting marked social disadvantages.

They are the product of socioeconomic and cultural inequality, in terms of the distribution of material and symbolic goods and the possibilities of access to basic services, thus preventing the exercise of their rights. Facing this genuine demand in the community, this project is considered and programmed as an interdisciplinary, contextualized scheme of processes and actions that promote the effective exercise of the right to health, with an emphasis on its promotion and prevention in general health and oral health in particular.

From the interdiscipline, meetings were organized between directors and teachers, then with pregnant women, parents, children, administrators of the Kindergartens and teachers, students; specialists in Psychology, Nutrition, Speech Therapy, Nursing and Social Work, with the aim of an exchange of knowledge, seeking to help reduce the different problematic situations in these communities.

The comprehensive design of actions and purposes supposes that to be effective regarding the exercise of the right to health, it is necessary to have access to information and participation of the citizens of the community with regard to the planning, design and execution of these actions.

Taking into account that life begins from conception and that dental elements are reflected in intrauterine life, we consider that education as a fundamental pillar for health, must begin from pregnancy.

The objective was based on promoting the improvement of healthy individual and collective actions in pregnant mothers, preschool children, their teachers and relatives of the populations, fostering changes in behavior.

Based on all of this, training activities were proposed through extension training meetings. Brochures, cartography, motivational material for children, diagnostic surveys were prepared for: pregnant women, parents and teachers, and also project evaluation surveys for: parents, teachers and students, who participated in meetings.

Interactive seminars were developed between teachers and community leaders, in order to plan with them contextualized didactic strategies. This was carried out with the execution of workshops on promotion and prevention of the right to health, seeking health practices, through the exchange of knowledge and dialogue, aimed at collaborating in the resolution of the problems that affect it: sexuality, abuse, addictions (alcohol, drugs, tobacco), hygiene habits, hand washing, healthy habits, carbohydrate rationalization, among others.

During these sessions, "Oral Health diagnosis" was also carried out, as well as dental care for those who needed it, in terms of the most prevalent diseases: cavities, periodontal disease, dysfunctional habits. In the latter case, the patients were referred.

As we understand health as a bio-psycho-social well-being, the closing of these sessions was through an event called "UNITED TO IMPROVE THE QUALITY OF LIFE OF OUR CHILDREN".

Finally, a database and a report were prepared on the exercise of the right to general oral health

in that area of the city, which may be necessary for the construction of public health policies in this community.

Contexto social que dio origen al trabajo

En base a un estudio de campo realizado en el año 2014, en el cual se realizaron encuentros con maestras de los jardines, surge este trabajo motivado en:

- La realidad socioeconómica y cultural-educativa que viven estos grupos vulnerables, que habitan en estas zonas marginales de la ciudad de Córdoba, los cuales presentan muchas carencias. (1, 2).
- Completar la formación del alumno de grado, en nivel universitario con un perfil comunitario, desde un contexto basado en la educación como pilar de protección de la salud, (Fig.1) para que estos jóvenes alumnos, al egresar, puedan enfrentarse a la comunidad a la que servirán.
- Lograr políticas de extensión entre las parten comprometidas en el proyecto, con un enfoque interdisciplinario, participativo, empoderando y responsabilizando a todas las personas involucradas para este fin. (Fig. 2) (3).



Fig. 1.



Fig. 2. Participantes.

- Contribuir a la promoción de la salud, ya que entendemos que el proceso salud-enfermedad-atención, está unido a las representaciones de salud que cada persona tiene, comenzando

desde el embarazo y siguiendo por los padres, niños y cuerpo docente de la comunidad, los cuales marcaron la necesidad de educación para la salud no solo general sino también bucodental (4).

Teniendo en cuenta estas motivaciones, se formó un equipo interdisciplinario, que desarrolló sus acciones basándose en las necesidades sociales que se relevaron en las poblaciones estudiadas (Fig. 3).



Fig. 3. Reuniones del equipo de trabajo.

Los problemas que se resolvieron

Con este proyecto se buscó favorecer la democratización del acceso al derecho a la salud necesaria, para desarrollar un estilo de vida saludable, a través de la planificación y ejecución de acciones públicas, de forma participativa, sobre promoción y prevención de la salud, destinada a actores sociales que presentaron grandes dificultades para acceder a este derecho (5).

Por otra parte entendiendo a la salud-enfermedad como un proceso dinámico, es decir en continuo desequilibrio-equilibrio, la cual debe ser abordado desde la interdisciplina, por tratarse de una problemática compleja, consideramos que existe la necesidad de ampliar el foco de estudio tradicional; y debemos tomar al niño en salud como parte de grupos de pertenencia cercanos (familia, escuela, barrio etc.), iniciando las acciones de promoción desde la vida intrauterina, o sea, lo más temprano posible (6).

La realidad de la población estudiada nos permitió conocer que existen nuevas

condiciones en la pareja las cuales conviven de forma temporaria, tienen niños y al ser la mujer quien debe cuidar y criar a los hijos sola genera en ella falta de afecto y desinterés para con los mismos. Situación está que hizo que los niños, presentaran carencias, no solo afectivas sino también nutricionales, de conductas higiénicas entre otras. Se notó también, un alto consumo de drogas, no solo entre los padres, sino también entre familiares de los niños, situación está generadora de malos tratos. Estas situaciones nos llevaron a replantear el momento de inicio de la promoción y prevención de la salud, no solo general sino también bucal, a través de la educación para la salud a las madres embarazadas (en los tres trimestres), a la comunidad en general y particularmente a los niños que concurren a los Jardín de Infantes de 4 y 5 años cuya población proviene de zonas en situación de riesgo.

La importancia del trabajo-línea prioritaria

Uno de los aspectos más importante de este proyecto, fue que surgió como respuesta a una demanda genuina, de las comunidades educativas con las que trabajamos (Fig.4) (7).



Fig.4. Reunión del equipo.

Otro punto importante fue la formación de un equipo interdisciplinario, donde cada actor se fue comprometiendo desde su área para cumplir el objetivo (Fig. 5 y 6).



Fig. 5 y 6. Reuniones.

El impacto será mayor y más duradero si lo consideramos como resultante de lo que el niño aprende de su madre, familia y maestras, no solo de lo que escucha discontinuamente, cuando asiste (en el mejor de los casos) al consultorio.

Además, otra situación importante abordada fue el trabajo realizado con las embarazadas y los niños en edad temprana ⁽⁸⁾. Es alto el porcentaje de niños que entran en el circuito de atención odontológica, recién cuando inician la escolaridad sistemática, obligatoria, a partir de los cuatro o cinco años, cuando en realidad la consulta debería ser desde el embarazo. Los niños llegan con caries, (certificado buco dental) con gran destrucción de los elementos dentarios y con presencia de hábitos disfuncionales. Es imperante que los dientes de los niños se mantengan en correcto estado, para el normal desarrollo de las funciones vitales como son: masticación, deglución, fonación, respiración, estética y correcto crecimiento y desarrollo de los maxilares. ⁽⁷⁾

Destinatarios

A) JARDÍN DE INFANTES “A”:

Funciona en dos turnos (mañana y tarde); en cada uno hay dos salas (una de 4 años y una de 5 años). Un total de 80 niños que concurren al establecimiento. Funciona desde el año 2010 año en su propio edificio, está ubicado a menos de 500 metros de factores de riesgos, como basurales y una usina eléctrica, donde presentan muchas carencias y necesidades pedagógicas. Es un área totalmente desprotegida en muchos aspectos, en sus familias, en las que encontramos adicciones, maltrato, carencia de hábitos sociales. Son zonas vulnerables desde el punto de vista socioeconómico-cultural, tanto en la vivienda como en la deficitaria alimentación. La falta de información sobre higiene bucal y el no poder acceder a tratamientos odontológicos preventivos trae como consecuencia problemas buco- dentales ⁽⁹⁾.

El nivel de educación de los padres en general es el primario incompleto, muchos no saben leer. Los niños del Jardín trabajan desde

temprana edad, acompañando a sus padres. (Fig. 7 y Fig. 8).



Fig.7 y 8. Padres, docentes y maestras.

B) JARDÍN DE INFANTES “B”:

Con un total de 200 niños, distribuidos 100 en turno mañana y 100 turno tarde, divididos en cuatro salas de 25 cada turno, funcionando sala de 5 años por la mañana y sala de 4 años por la tarde. En relación al edificio: el edificio cuenta con cuatro aulas, una dirección, un patio interno, un patio de juegos para los niños, un hall de entrada y un SUM, que en la actualidad funciona como ludoteca, mediateca, biblioteca, y sala de música. Está en un sector, que cuenta con transporte urbano de pasajeros, una amplia variedad de comercios, con CPC a pocas cuadras, templos de diferentes religiones y varias instituciones educativas de orden municipal, provincial y privado.

En cuanto a las familias, un número importante de padres se encuentran desocupados y reciben la ayuda de planes sociales. A través del paso del tiempo, va incidiendo notablemente el aporte de la política económica de turno y su influencia directa en la economía familiar. Cuando años atrás nos encontrábamos con un número mayor de desempleados y de mamás o papás que “trabajaban” mediante el plan de jefes/as de hogar, hoy vemos que el número mayor lo tienen aquellas familias que reciben beneficios a través de: en primer lugar, del plan familia y en segundo lugar de la asignación universal por hijo. Ambos planes aportan un beneficio de manera directa al niño, puesto que requieren de su cumplimiento, tienen un seguimiento por parte del estado, y repercute directamente en el niño ya que ese ingreso debe ser invertido en sus necesidades pura y exclusivamente ⁽⁹⁾ (Fig. 9 y Fig. 10).



Fig. 9 y 10. Jardín.

Objetivos generales

- Establecer canales de comunicación que propicien el intercambio de conocimientos y experiencias entre los actores de las distintas disciplinas y las comunidades vulnerables asistentes a estos centros educativos preescolar: niños, embarazadas, padres, maestras y administrativos de dichos centros.
- Concientizar a estas comunidades vulnerables acerca del valor de la Salud General y particularmente de la Salud Bucal y de las ventajas de poseerla desde el embarazo, haciendo extensiva la invitación a las embarazadas de estas comunidades.
- Educar a niños, embarazadas, padres, maestros, sobre los “factores de riesgo” que llevan a la pérdida de la salud, motivando a través de la promoción, el empoderamiento de medidas preventivas, perdurables en el tiempo.

Objetivos específicos

- Fomentar la articulación entre las partes comprometidas, promocionando el mejoramiento de acciones individuales y colectivas saludables.
- Concientizar al núcleo familiar, docentes, embarazadas y niños sobre el cuidado de salud general y bucal desde el embarazo.
- Empoderar a esta población sobre la importancia de la asistencia temprana odontológica, promoviendo cambios de conducta mediante la ejecución de medidas preventivas.
- Lograr, con la aplicación de medidas preventivas-terapéuticas, reducir el nivel de las enfermedades bucodentales.

Metodología de trabajo

Se trabajó en forma interdisciplinaria, mediante actividades programadas en cuatro momentos:

1º MOMENTO: Capacitación. Se desarrollaron encuentros de formación en extensión destinados a los alumnos que cursaban la materia de quinto año, que en forma voluntaria participaron en el proyecto. Con ellos se confeccionó folletería informativa y material de motivación para los niños. Además, se elaboraron encuestas diagnósticas dirigidas a las maestras del jardín (referida al conocimiento sobre promoción y prevención en salud general y bucal) (anexo 1) a las embarazadas (anexo 2) y a los padres de los niños (referidas a conocimientos sobre los cuidados de la salud general y bucal) (Fig. 11) (10) (anexo 3)



Fig. 11. Equipo interdisciplinario.

2º MOMENTO: Se programaron dos reuniones con la directora y las maestras, de cada Jardín, en la primera, para unificar criterios sobre el proyecto y para entregar las encuestas diagnósticas a las maestras de las diferentes salas de los jardines y en la segunda, para unificar acciones sobre las encuestas que debían darles a los padres, madres de los niños que asistían a los mismos y a las embarazadas a las cuales se les realizó una encuesta adicional.

3º MOMENTO: Diagramación. Fundamentado en los resultados de las encuestas realizadas se diagramaron talleres para los padres y los niños, realizados por el equipo interdisciplinario de la universidad y las maestras de los jardines

4º MOMENTO: Ejecución de talleres con los padres y con los niños, a estos últimos se les realizó además un examen clínico, donde se determinó el tipo de dentición (primaria y/o mixta temprana), registro de genograma, odontograma, los índices de higiene oral y de caries dental (13,14).

Los talleres con los padres

Fueron cuatro en los cuales se realizaron charlas por parte de los profesionales de la salud junto a los alumnos, referidas a embarazo, lactancia, succión nutritiva y no nutritiva, cuidados higiénicos, nutrición y dieta, racionalización de la ingesta de hidratos de carbono, uso racional de compuestos fluorados, técnicas de higiene oral, maltrato adicciones (alcohol, droga entre otras). (Fig. 12, Fig. 13).

Para valorar, cada actividad, después de cada taller se les entregó un cuestionario a los padres, a los docentes y alumnos que participaron (anexo 4, 5 y 6).



Fig. 12 y 13. Taller con los padres Jardín.

Los talleres con los niños fueron tres:

PRIMER TALLER: motivación - técnica de cepillado, entrega de cepillos y cepilleros.



Fig. 14. Primer taller dado a los padres.



Fig. 15. Motivación: los niños jugaban a ser dentista.



Fig. 16. Cepillero realizado por los alumnos.



Fig. 17. Alumnos enseñando técnica de cepillado.

SEGUNDO TALLER: Motivación - alimentos saludables y cuidados de salud general, técnica de cepillado.



18. Alumnos preparados para motivación sobre alimentos saludables.



19 y 20. Los niños lavaron sus manos para luego cortar las frutas (hábitos de higiene).



Fig. 21 y 22. Docentes y maestras ordenaron las frutas. Se colocan pedazos de frutas en cada plato de los niños.



Fig. 23. Mesa lista para que los niños la corten.

Fig. 24. Niños cortan las frutas.



Fig. 25. Niños cortan frutas y los alumnos refuerzan sobre alimentos saludables.

Fig. 26. Felices comen lo que ellos mismos prepararon.



Fig. 27. Docentes lavaron los platos.

Fig. 28. Niños ayudaron a lavar los platos (Hábitos de limpieza).



Fig. 29. Niños lavando sus platos.

Fig. 30. Niños guardando sus platos y vaso. (Hábitos de orden).



Fig. 31. La maestra busca cepillos con cada niño.



Fig. 32. Niños cepillan sus dientes con los alumnos.

Fig. 23. Niños cepillan sus dientes guiados por los docentes.

TERCER TALLER: Motivación-momentos de azúcares, cuidados corporal, técnica de cepillado.



Fig. 34. Maestra lava sus manos modo de imitación de los niños.



Fig. 35. Niños lavan sus manos para amasar. (Hábitos de higiene corporal).

Fig. 36. Junto a la maestra se preparó masitas ellas presentaron los ingredientes a los niños.



Fig. 37. Maestras preparan la masa.

Fig. 38. Los niños conocen como hacerlo.



Fig. 39. Niños amasan la masa.

Fig. 40. Niños dan forma de muelita a la masa.



Fig. 41. Las masas hechas por los niños.

Fig. 42. Masas listas para hornear.



Fig. 43. Masitas ya horneadas y listas para comer.
Fig. 44. Los niños llevaron sus masitas para compartir en familia.



Fig. 50. Alumnos completan historia clínica de los niños
Fig. 51. Alumnos aplican técnicas preventivas a los niños



Fig. 45. Alumnos buscan los cepillos con los niños.



Fig. 46. Niños cepillan sus dientes con los alumnos
Fig. 47. Niños cepillan sus dientes guiados por los docentes.

Después de cada taller se realizó llenado de historia con los padres presentes, los cuales firmaron consentimiento, y con los niños se completó odontograma, tipo de dentición, también se les realizó topicaciones con flúor, tratamientos de remineralización con compuestos fluorados y Tratamiento Restauradores Atraumáticos (15, 16). A los pacientes que necesitaban tratamientos más complejos, se los derivó.



Fig. 48. Alumnos llenar historia clínica con los padres.
Fig. 49. Firma de consentimiento a los padres.

Para cada salida comunitaria se elaboró una HOJA DE RUTA (ANEXO 7, 8 y 9).

El cierre de las actividades se realizó en un club. El encuentro comunitario tuvo el LEMA: "TODOS JUNTOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE NUESTRA INFANCIA" (Fig. 53). En el mismo contamos con la presencia y la palabra de la directora de ambos Jardines, (Fig. 54), con una concurrencia de aproximadamente 320 personas (niños y sus familiares) (Fig. 55, 56 y 57).

Dentro de las actividades se llevaron a cabo obras de teatro, a cargo de los alumnos y los docentes universitarios, resaltando los cuidados a tener en cuenta para mantener la salud, no solo general sino también bucal. Así mismo las maestras de los Jardines con sus niños hicieron representación relacionadas con el cuidado de la salud. (Fig. 58, Fig. 59, Fig. 60, Fig. 61, Fig. 62, Fig. 63, Fig. 64 y Fig. 65). Todo esto se acompañó con la entrega de material educativo y odontológico y con un sorteo de elementos donados por diferentes casas dentales.



Fig. 52. Lugar del encuentro.
Fig. 53. Lema del encuentro comunitario.



Fig. 54. Palabra de las autoridades presentes en el evento.



Fig. 55. Presencia de padres al evento.
Fig. 56. Familias acompañan a sus hijos.



Fig. 57. Niños preparados para actuar.
Fig. 58. Actuación de los niños.



Fig. 59 y 60. Actuación de los niños.



Fig. 61. Niños de sala de 5 años.



Fig. 62. Actuación por parte de los docentes.
Fig. 63. Actuación por parte de los alumnos.

Resultados obtenidos

Se realizaron encuestas diagnósticas en primer lugar a las maestras de las diferentes salas de los jardines (n=11) y luego a los padres y madres

de los niños que asistían a los mismos (n=167); a las mamás embarazadas se les realizó una encuesta adicional (n=5). Las encuestas fueron presentadas a los padres por las maestras por lo que previamente se les explicó sobre la aplicación de estas; se realizaron dos reuniones con las maestras, para unificar criterios del proyecto y para explicarles que indicaciones debían darles a los padres al pedirles que realicen las encuestas.

Los temas tratados en las mismas realizadas a las maestras se relacionaron con la prevención de la salud, con las necesidades que las maestras percibían de los niños a su cargo, con los riesgos a los que estaban expuestos los niños y con la importancia de la relación entre los docentes y el equipo de salud.

Con respecto a las encuestas realizadas a los padres y madres las preguntas estuvieron relacionadas a: asistencia y frecuencia de visita al odontólogo por parte del niño y de los padres, hábitos de los padres respecto a su salud bucal, ingesta de dulces y alcohol y hábito de fumar; además estado de salud bucal.

Las encuestas realizadas a las madres embarazadas hicieron hincapié en el control del embarazo, hábitos y cuidados relacionados a la salud bucal, hábitos de fumar y beber y amamantamiento.

RESULTADOS

Encuestas a los docentes. La encuesta fue contestada por todas las docentes (n=11).

Con respecto a los conceptos de prevención y promoción, las respuestas se presentan en la Tabla 1.

PREVENCIÓN

- Conocer que es lo que se puede evitar
- Evitar el riesgo que altere la salud individual familiar y de la comunidad.
- Evitar accidentes o enfermedades
- Visitas periódicas a los médicos
- Conductas que tienden a conservar la salud
- Cuidar nuestra salud.

PROMOCIÓN

- Consiste en dar a conocer a través de campaña, folletos, etc., información sobre el cuidado y las medidas a tener en cuenta para la prevención de la salud.
- Dieta equilibrada y ejercicio.
- Difundir medida indispensable para evitar riesgos.

Las maestras que participaron en alguna campaña de promoción de la salud (54%) lo hicieron debido a visitas de profesionales médicos al jardín participando en campañas de vacunación en zonas marginales, a través de actividades (no mencionaron cuáles) realizadas desde el jardín. Todas contestaron que es importante recibir información y formación sobre promoción de la salud pues constituyen la base para ayudar a conservar la salud, propia y ajena, y evitar enfermedades.

El 82% de las docentes había recibido información sobre la promoción de la salud durante su formación terciaria, en la institución donde trabajan o asistiendo a charlas en el Círculo odontológico de Córdoba.

Cuando se preguntó sobre las necesidades de los niños del jardín, todas las docentes dijeron que los mismos tienen necesidades y propusieron modos de abordarlas. Tabla 2.

NECESIDADES DE LOS NIÑOS QUE ASISTEN AL JARDÍN

- Médicas, alimenticias, visuales, sociales, afectivas, económicas.
- Odontológicas: el manejo de cepillos de dientes para prevenir las caries.
- Cuidado de la salud, como por ejemplo la higiene personal, una buena alimentación, riesgo de enfermedades y accidentes.

COMO COLABORAR CON ESAS NECESIDADES

- Educar desde el jardín a niños y familias.
- Concientizar a la familia en relación a la necesidad puntual de cada uno, orientando sobre los lugares y el

personal al que pueden recurrir por ayuda.

- A través de los diferentes proyectos.
- Buscando profesionales para tal fin.
- Comunicando a los padres sobre la importancia del cuidado de la salud bucal de sus hijos.
- Realizando charlas o revisando la dentadura de los niños.
- Charlas, talleres con los padres.

Con respecto a la pregunta sobre el concepto de riesgo, las respuestas fueron: estar próximo a un peligro o daño (83 %), estar en situación de vulnerabilidad que atente contra la integridad física, psicológica y afectiva (15%), tener caries, encías lastimadas o sangrantes (2%). Todas las maestras expresaron que los niños del jardín están expuestos a riesgos. Las respuestas, referidas a qué riesgos estarían expuestos y cómo podrían colaborar las maestras para evitarlos, se muestran en la Tabla 3.

RIESGOS A LOS QUE ESTÁN EXPUESTOS LOS NIÑOS

- Falta de atención médica, odontológica, fonoaudiológica, psicológica.
- Carencias afectivas.
- Salud social y alimenticia
- Familiar
- De vivienda.
- De caries

COMO PREVENIR ESOS RIESGOS

- Seguimiento del niño dando sugerencias a las familias y de ser necesarios intervenir legalmente para resguardar la integridad del niño.
- Entrevistas, charlas con especialistas, campañas de prevención, sugerencias, folletos.
- Asesoramiento datos de direcciones de distintas instituciones.
- Visita periódica al odontólogo.
- Charlas con profesionales.
- Campañas de concientización, proyectos.

Todos los docentes dijeron que sería importante la colaboración del equipo de salud en su tarea diaria. El porqué de la importancia de esa colaboración y qué profesionales podrían colaborar se presentan en la Tabla 4.

PORQUE ES IMPORTANTE LA COLABORACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD

- Siempre tuvimos muy buenos resultados.
- De gran ayuda e importancia, facilitando la información en la prevención bucal.
- De gran importancia para docentes, padres y alumnos.
- Para evitar riesgo en relación con la en la salud bucal.
- Estimula y concientiza a los padres para la higiene, evidenciándose casos de niños con muchas caries.

PROFESIONALES QUE PODRÍAN COLABORAR

- Odontólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, pediatras, psicopedagogos, asistente social, pediatras, asistentes sociales.

ENCUESTAS A LOS PADRES

Todos los padres (n=167) respondieron las encuestas.

El 69% de los padres indicaron que llevan a su hijo al dentista, haciéndolo una vez (37%), dos veces (29%) y más de dos veces (15%) al año. Los que respondieron que NO los llevan indicaron que las razones eran por falta de dinero (20%), de ropa (15%), de tiempo (47%), el resto no respondió (18%).

Con respecto a los hábitos de higiene dental el 97% de los padres indica que se cepilla los dientes, de los cuales 45% lo hacen una vez al día, (43%) dos veces y (9%) más de dos veces. Con respecto al uso de pasta dental la usan el 84% de los padres. El 64% de los padres expresó que tiene caries y de ellos el 69% se las hizo arreglar al 84% se les extrajeron dientes o muelas y al 62% le sangran las encías.

Teniendo en cuenta los hábitos de los padres el 74% expresó que come muchos dulces por lo menos algunas de las comidas, el 75% no fuma

y el 53% no consume alcohol.

El 65% de los padres alguna vez ha recibido información relacionada a la caries y al 56% le gustaría recibir más información.

ENCUESTA A LAS MADRES EMBARAZADAS

Todas las madres embarazadas (n=5) respondieron la encuesta.

El 100% de las madres dijo que se hace controles con el ginecólogo.

Con respecto a los hábitos sobre cuidados en relación a la salud bucal y de fumar y beber, los datos se presentan en las Tablas 5.

HÁBITOS RELACIONADOS A SALUD BUCAL	SI (F/A)	NO (F/A)	N/C
Visita al odontólogo	X(5)	-	-
Se puede realizar tratamientos odontológicos	-	X(5)	-
Caries – embarazo	X(5)	-	-
Calcio – embarazo	X(5)	-	-
Cepillado	X(5)	-	-
Cuántas veces al día	-	-	X(5)
Uso de pasta dental	X(5)	-	-
Ingesta de dulces	X(5)	-	-
Sangrado de encías	X (4)	X(1)	
Movimiento de dientes	X (3)	X(2)	

FUMA		BEBE	
SI	NO X (5)	SI	NO X (5)

JARDÍN “A”

Total, de niños que asistieron regularmente al jardín: 87.

Total, de niños a los que se realizó examen bucal: 64 de los cuales fueron del sexo femenino 29 (46,87%) y del sexo masculino 34 (53,12%)

Se detectó: Presencia de mal oclusión: de 64 niños un 34%.

Hábitos disfuncionales: de 64 niños un 28%.

Caries: 64 niños, un 90%.

JARDÍN “B”

Total, de niños que asistieron regularmente al Jardín: 200

Total, de niños a los que se realizó examen bucal: 111 de los cuales fueron del sexo femenino 50 (45,04%) y del sexo masculino 61 (54,95%).

Se detectó: Presencia de mal oclusión: 46 niños (35 %)

Hábitos disfuncionales: 65 niños (24 %).

Caries: 111 niños (60 %).

Total, de padres que asistieron a los talleres en los dos jardines: entre 30 a 50 por talleres

De las encuestas realizadas sobre los talleres dados:

A los padres, se pudo observar que les interesaron los temas dados en cada taller, ya que muchos temas los desconocían.

De la encuesta realizada a los docentes y alumnos, sobre los talleres, las mismas mostraron un gran entusiasmo, compromiso e interés en el desarrollo de cada taller.

Conclusión

LOS LOGROS OBTENIDOS FUERON:

- Intercambio de los alumnos, docentes y las comunidades con un compromiso de continuidad. Recomendando el empoderamiento por parte de todos (docentes, padres, niños, alumnos, administrativos), y sellando un compromiso a seguir en ese camino de multiplicar salud.
- Estimular con las actividades extensionistas el interés de los alumnos que se incorporaron en forma voluntaria al equipo de trabajo.
- Concurrencia de un gran porcentaje de padres y madres a los talleres, buscando satisfacer sus necesidades con la información brindada.
- Educar en el hábito de cepillado, alimentación saludable (momentos de azúcar) en los niños concurrentes a los jardines de Infantes.
- Un gran compromiso y responsabilidad por parte del equipo Interdisciplinario en el desarrollo de este y ese compromiso y responsabilidad.

10 mecanismos previstos de seguimiento y evaluación del trabajo

Se evaluaron las debilidades y fortalezas de cada uno de los encuentros. Para ello se realizaron reuniones mensuales de los integrantes del proyecto, por un lado y por otro con los integrantes de cada una de las instituciones educativas; la finalidad fue ordenar, poner en común y corregir las dificultades presentadas, y de ese modo poder dar adecuada continuidad a las acciones previstas, poniendo énfasis en el logro de los objetivos propuestos.

Después de cada taller a los padres se realizaron cuestionarios para conocer el grado de alcance de estos y el interés para realizar nuevos talleres.

También se realizaron cuestionarios a los alumnos y docentes que participaron, para conocer su grado de participación, compromiso y su interés para realizar nuevas actividades.

BIBLIOGRAFÍA



1. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.
2. XIII Manual sobre Atención Sanitaria OMS.
3. Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural: la función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/ UNICEF, Ginebra, OMS, 1989.
4. Cuenca Salas. “Odontología Preventiva y Comunitaria”. 2005.
5. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Organización Mundial de la Salud. Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Ontario, Canadá, noviembre de 1986.
6. Boj J. R. “Odontopediatría”. Ed. Maïsson, 2005
7. Escobar Muñoz, Fernando. “Odontología Pediátrica Amolca “. 2da Ed. 004
8. Cameron Widmer “Manual de la Odontología Pediátrica”. Ed. Harcourt-Brace. 1998.
9. Galliano M. M. “EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LA SALUD BUCAL DE NIÑOS CONCURRENTES A GUARDERÍAS DE ZONAS MARGINALES DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA. Tesis Doctoral, 2005.
10. Bordoni, Noemí y col. “Odontología Pediátrica”. Ed. Panamericana. 2010.
11. OPS. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Ed. Paltex 1999.
12. C.O.R.A. Confederación Odontológica de la República Argentina Departamento de la Educación para la Salud Bucal. Bs As. 2005.
13. GREENE JC, VERMILLION JR. Oral Hygiene Index: A method for classifying oral hygiene status. JADA. 1960; 61:172-9.
14. KLEIN H, PALMER CE, KNUTSON JW. Studies on dental caries. I. Dental status and dental needs of elementary schoolchildren. Public Health Reports. 1938; 53:751-65.
15. Guedes Pinto, Antonio. “Rehabilitación Bucal en Odontopediatría” Atención Integral. Ed. Amolca. 2003.
16. Moreno de Calafell, M. “Proyecto de Extensión” en el marco del programa de mejoramiento de Odontología (PROMOD) del Ministerio de Educación de la Nación. Res. 520/11.22 de marzo de 2012.

PRESENTAMOS EL NUEVO SITIO WEB DE CENTRO SBZ



NUEVO LOOK, NUEVAS FUNCIONES... MAS EFICAZ!



MÁS OPCIONES

En el nuevo sitio web podrás encontrar más y mejores opciones para adquirir el producto que deseas. También tendrás la posibilidad de crear tu lista de deseos o próximos productos a comprar.



EN CUALQUIER DISPOSITIVO

Su diseño fresco y responsivo facilita el acceso y navegabilidad desde cualquier dispositivo con acceso a internet, para que puedas conectarte con nosotros cuando y donde dispongas.



A TODO EL PAIS

Encontrá los mismos productos de nuestros locales comerciales, realizá tu compra rápida y segura, y recibila en cualquier parte del País.

visitanos en: www.sbzdigital.com



Casa Central
Ob. Trejo 29 E.P. - CBA.
Tel. (0351) 4237685
Fax (0351) 4240877
ventas@centrosbz.com

Sucursal Norte
E. Pettoruti 2436 P.B. - CBA.
Tel. (0351) 4810840
Cel. 351-6513696
sucursalnorte@centrosbz.com

SBZ
Digital
Compras Online
www.sbzdigital.com

PROF. ALFREDO BASS

50 AÑOS AMANDO LA ODONTOLOGÍA

En este año tan especial para todos, Alfredo Bass --Presidente y Fundador de Fundación CREO -- cumple 50 años dedicado a la Odontología.

Este número de la revista Cúspide está dedicado en parte a homenajearlo, por ello compartimos a continuación su historia y camino recorrido.

Natural de La Paz (Bolivia) pero salteño por adopción, se trasladó con su familia a Córdoba para iniciar sus estudios universitarios.

Como todos los grandes proyectos, confiesa que su práctica profesional “comenzó en un garaje”. Permaneció en Córdoba para esperar a que Anita, su compañera de vida, terminara sus estudios. Así echaron raíces en la que aún es su ciudad y donde criaron a 3 hijos y disfrutan ya de 7 nietos.

Sus inicios como odontólogo se remontan a una clínica médica de barrio, donde era generalista.



Casi en paralelo, comenzó su carrera docente en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba. Inició como Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Ortodoncia, invitado por una colega amiga. Confiesa que fue allí donde “se enamoró de la Ortodoncia”.

En simultáneo, comenzó a especializarse como Ortodontista y a ofrecer estos tratamientos en el interior de la Provincia de Córdoba viajando mensualmente a General Levalle. Además, abrió una nueva clínica odontológica multidisciplinaria en el centro de la ciudad capital.

Su pasión por la docencia lo llevó a seguir rindiendo concursos para avanzar en cargos en la Facultad de Odontología de la UNC alcanzando el título de Profesor titular de cátedra. Además, en el transcurrir de su carrera docente dirigió 9 tesis doctorales.

También recibió la calificación de Docente Investigador Categoría I (SeCyT, Secretaría de Ciencia y Técnica de la Nación Argentina). Aún se desempeña como Co Director de la Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Dento-Maxilo_Facial de la Facultad de Odontología de la UNC.



Ha sido además reconocido como Profesor Emérito por la Universidad Nacional de Córdoba.

Afirma que “enseñando se aprende mucho” y así lo ha demostrado en este camino como docente que inició hace más de 25 años. No sólo ha construido su trayectoria docente en Fundación CREO y la Facultad de Odontología de la UNC, sino en numerosas instituciones, nacionales y extranjeras, donde ha sido invitado.

Actualmente forma parte del cuerpo docente invitado del Athenea Institute de Barcelona, España.

¿Y cómo nació Fundación CREO? En su misma clínica donde el espacio fue creciendo, un grupo de profesionales fue a pedirle que los formara en Ortodoncia.

Esa fue la semilla de lo que hoy conocemos como Fundación CREO y que muy pronto tendría marco institucional para encauzar su tarea docente.

Primero se dictó el Curso de Ortodoncia, siguió Implantes que ya lleva 25 años de dictado, y así otras especialidades.

El Prof. Bass lideró también la creación de esta publicación, la revista Cúspide, como semillero de investigación científica para el progreso de la Odontología, tal como reza la Misión y ADN de Fundación CREO.

En esta publicación se vuelcan además los trabajos que se presentan año a año para el “Premio Fundación CREO”, en investigación y trabajo comunitario, justamente para ser motor de novedades acerca de tratamientos y acciones sociales vinculadas a la Odontología.

Bass continúa actualmente como Presidente de Fundación CREO y dirige el Curso de posgrado en Ortodoncia, que dicta junto a su hija la Dra. Regina Bass, la Dra. Nayré Mondino y un grupo de destacados docentes.

En este 2020 tan agitado, ha vivido en carne propia la transformación digital inevitable de la tarea docente, con el dictado online de los cursos que se venían dando de manera presencial.

Con la bandera del Federalismo implantada por su origen, creó junto a otros especialistas del país FESOORA (Federación de Entidades y Sociedades de Ortodoncia y Ortopedia de la República Argentina) que nuclea a asociaciones y entidades de todo el país dedicadas al estudio de Ortodoncia y Ortopedia Dento-Maxilofacial.

Fue su presidente durante más de 8 años y actualmente forma parte del Comité Evaluador de quienes rinden esas especialidades para otorgarle validez.

De los tres hijos que tiene, dos lo acompañaron siguiendo sus pasos en la Odontología, quizás impregnados de su pasión por esta profesión. Su otra hija es arquitecta, vocación alternativa que él mismo tuvo al momento de decidir su carrera.



Patente sistema Ortodoncia: Equipo multidisciplinario de odontólogos y físicos de la UNC.

Junto con sus hijos odontólogos han formado Clínica CREO, un centro de avanzada especializado en Ortodoncia, Diseño Digital de Sonrisa, Implantología, entre otros tratamientos. Allí reciben a pacientes de Córdoba, el interior de la provincia, otras provincias e incluso extranjeros.

Alfredo agradece a la Odontología el haberle permitido conocer personas y lugares que de otra manera no hubiera podido. Su participación como invitado en numerosos

congresos nacionales e internacionales y como docente en otras instituciones, hace que conozca Argentina y gran parte de Latinoamérica, Estados Unidos, México y Europa.

Un largo pero fructífero recorrido, que lo encuentra en una “segunda fase de la vida” como le llama él, en donde si bien se mantiene activo, está dando lugar paulatinamente a las nuevas generaciones para que den continuidad a su legado: amar lo que hace.



Equipo Docente Cursos de Ortodoncia Fundación CREO.

SLOT

SERVICIO DE LABORATORIO DE
ORTODONCIA TECNIFICADA



Coordinación Dra. Regina E. Bass

- Diagnóstico y Plan de Tratamiento Ortodóncico Completo
- Estudio Cefalométrico (Dolphin)
- Miofuncionales y Mantenedores
- Recuperadores de Espacio
- Goteras para Máscara de Delaire
- Arcos Linguales
- Arcos de Protrusión y de Cierre
- Quad Helix - Plan Helix - Six Helix
- Pendulum de Hilgers
- Round Retainers - Hawley
- Transpalatinos
- Disyuntores - Disyuntor para Micros (MAPRE)
- Cementado Indirecto para Técnica Lingual y Vestibular con Slot Machine (SLOT Orientation System)

Av. Velez Sarsfield 1460 - 6to // X5000JKO // Córdoba // Argentina

Tel: 0351 468-4660 / 460-2012 // laboratorioslot@gmail.com

 351 3863912

2020: EL AÑO DE LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL



CREOLIVE: más de 15.000 participantes en tres meses

#CREOLIVE nació en Marzo con el objetivo de acercarnos de forma virtual a nuestros alumnos y profesionales de la #ComunidadCREO a poco de iniciarse la cuarentena. Llevamos adelante 34 sesiones online por Instagram Live, con 20 docentes e invitados nacionales y extranjeros, en las que participaron más de 15.000 personas.

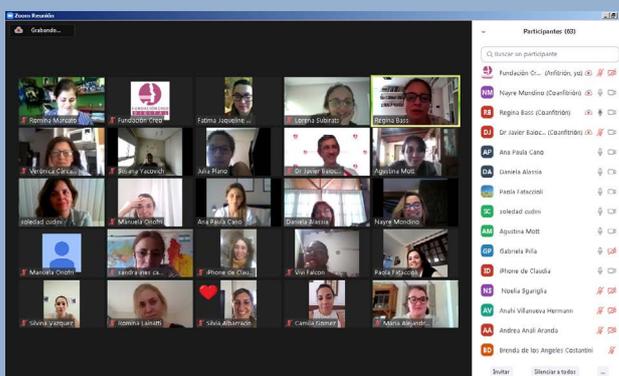
¡Gracias a quienes nos acompañaron en esta aventura online que dio lugar a lo que sería luego nuestra nueva propuesta: #CREODIGITAL!

CURSOS CLÍNICOS: nos mudamos a lo virtual

Con el inicio de la cuarentena y la restricción de circulación, nos vimos obligados a interrumpir las clases presenciales de nuestros Cursos Clínicos y migrar al formato online.

Gracias al acompañamiento de nuestros alumnos y la adaptación de nuestros docentes, pudimos dictar el 100% de los Cursos que venían en marcha desde 2018 y 2019, junto con iniciar los nuevos de 2020.

En el marco de nuestra Aula Virtual, en la que ya veníamos volcando hace años el material complementario digital y realizando webinars extras, llevamos adelante semana a semana nuestra actividad académica.



PRÁCTICAS CLÍNICAS: regreso progresivo

Desde el mes de Agosto, con la paulatina “normalización” de algunas actividades como la Odontología en la ciudad de Córdoba (Argentina) donde está nuestra sede, algunos de nuestros alumnos retomaron la atención de pacientes para aplicar la parte práctica de los Cursos Clínicos que vienen realizando.

La actividad clínica se llevó adelante luego de adaptar nuestra infraestructura y procesos, desde la recepción de pacientes, sala de espera, atención y finalización, a un exhaustivo protocolo de Bioseguridad tanto para nuestros alumnos profesionales como para los propios pacientes.

Fue muy gratificante poder recibirlos y retomar los tratamientos en nuestras salas clínicas de vanguardia, equipadas para facilitar el aprendizaje y para una atención confortable para los pacientes que confían en los profesionales que formamos.

La práctica clínica se ha podido implementar en algunos casos y en otros hemos redefinido las agendas de los cursos para que todos puedan realizar esta parte tan importante que caracteriza a nuestra propuesta educativa.



#CREODIGITAL: la propuesta de cursos online de Fundación CREO

En el mes de Julio se inició una nueva era en Fundación CREO: nació #CREODigital.

Si bien se trataba de un proyecto en gestación desde el año pasado, el repentino cambio de la realidad en todo el mundo y el dinamismo que esta situación exigió, nos llevó a adelantar su lanzamiento.

Iniciamos con Cursos online intensivos en VIVO, contando ya luego de 3 meses transcurridos con 10 cursos iniciados a cupo completo y 8 más por comenzar hasta fin de año, con la participación de profesionales de numerosos países.



Biomecánica de extracciones



CURSOS ON LINE ON DEMAND: al ritmo de cada persona

En el segundo semestre del 2020 nos propusimos flexibilizar aún más nuestra oferta de cursos online. Así continuamos adaptando nuestra propuesta de formación para que sea accesible no sólo desde cualquier geografía sino también, a diferencia de nuestros cursos con clases en VIVO, puedan cursar en cualquier momento. Lanzamos de esta manera el segmento de Cursos online ON DEMAND, con clases grabadas para que los profesionales puedan realizarlos a su ritmo, cuándo y cómo quieran.



#CREODIGITAL ya es global

Con los cursos Clínicos en nuestra sede hemos recibido a lo largo de los 25 años de Fundación CREO profesionales de la región de Sudamérica.

Con nuestros cursos online, pudimos trascender fronteras y hemos llegado a los rincones más impensados.

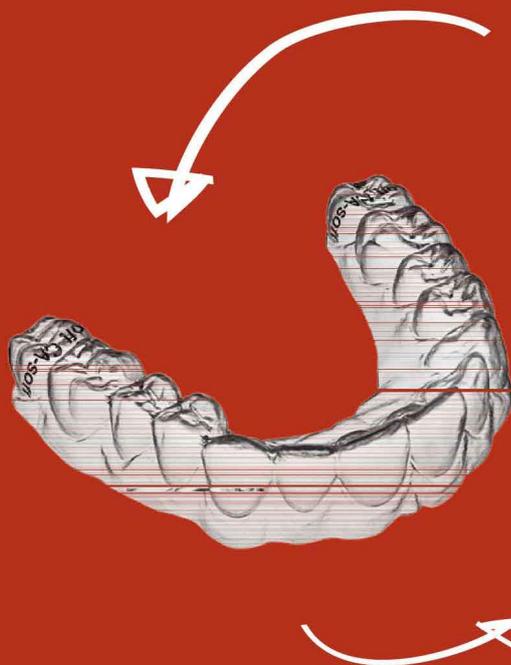
A lo largo de estos meses se han sumado alumnos de más de XX países. Uno de los testimonios que nos llegó y compartimos en su momento fue el de la Dra. Edith Fedenchuk, odontóloga argentina radicada en China desde hace 6 años, que desde allá se sumó al Curso Online de Cariología en niños.



"La distancia no es un impedimento para seguir CRECIENDO"

CA[®]
CLEAR-ALIGNER

Ortodoncia invisible sin brackets



**CÓMODO,
EFECTIVO,
TRANSPARENTE.**

Una sonrisa perfecta con la más alta tecnología alemana en alineadores.



CA Clear Aligner es un **sistema de ortodoncia invisible cómodo, indoloro y muy estético**. Su sistema secuencial de placas logra corregir malposiciones dentarias de *forma suave y progresiva*.

Clínica CREO es el primer y único laboratorio autorizado en Argentina por CA Clear Aligner.

CA
CLEAR-ALIGNER

Av. Vélez Sarsfield 1460, 6° Piso - X5000JKO - Córdoba - Argentina
Tel: (0351) 468-4660 - 460-2012

clearalignerarg@gmail.com - www.clearaligner.com.ar

 [clearalignerargentina](#)

 [clearalignerargentina](#)



FUNDACIÓN CREO
DIGITAL

#CREODIGITAL

Cursos Intensivos Online en VIVO
Interactividad en tiempo real

Cursos Online On Demand
Tus tiempos, tu elección



Aula Virtual



100% Responsive



Foros en Línea

Vive tu #ExperienciaCREO en 2020
Porque formarse hace la diferencia