



Diego Murillo

“La Odontología en España siempre ha tenido un gran nivel”



Antón Sanz

Gerente de Suministros Antón S.L.



Fernando Suárez Bilbao

Rector de la URJC

La **tecnología** del **composite del futuro**

Disponible **ahora!**



El composite **posterior rápido**

- Obturación **monolítica** de hasta 4 mm gracias al Ivocerin[®], el nuevo foto-iniciador
- **Baja contracción** y bajo estrés de contracción para los márgenes superiores
- **Consistencia modelable**, tiempo de trabajo bajo luz operatoria extendido



Tetric EvoCeram[®] Bulk Fill

El composite modelable para obturación monolítica



Experimente el futuro de los composites con Ivocerin:
www.ivoclarvivadent.com/bulkfill_en



ivoclar vivadent:
passion vision innovation

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent SLU
C/ Ribera del Loira 46, 5ª Planta | 28024-Madrid | Tel: 91 375 7620 | Fax: 91 375 7838

SUMARIO

10 · NOV/DIC '13

6 Opinión

10 Actualidad

10 NOTICIAS

SECIB firma acuerdo con SEPES y ANEO · XXXIV Congreso de la Sociedad Española de Endodoncia · Barcelona, capital mundial de la cirugía oral y maxilofacial.

26 REPORTAJE:

43 Reunión Anual SEPES. Entrega premios AMA.

38 EMPRESAS

40 Entrevista

40 DIEGO MURILLO

Presidente de AMA

44 FERNANDO SUÁREZ BILBAO

Rector de la URJC

46 MARGARITA ALFONSEL

Secretaria General de Fenin

52 ANTÓN SANZ

Gerente de Suministros Antón S.L.

58 Ciencia y salud

58 **Bruxismo: la pandemia del siglo XXI**

62 **Pedro García Gras, el primer especialista**

64 Mejora tu gestión

64 **El concurso de acreedores: ¿qué es y cuando estoy obligado a presentarlo?**

Javier Relinque, Abogado

66 **Dental Community Management: ¿por qué estar presente en redes sociales?**

Javier Lozano Zafra

70 Ocio

70 **DESTINOS: Sicilia, la Italia insular**

76 **RECOMENDAMOS: El Mayordomo**

78 Agenda cultural

Javier Sierra, autor de "El maestro del Prado"

80 Formación



10



20



26



46



62



70



78

EDITOR:

Fernando Gutiérrez de Guzmán
editor@odontologosdehoy.com

DIRECTOR CIENTÍFICO:

Francisco Antonio García Gómez
d.cientifica@odontologosdehoy.com

REDACTORA JEFE:

María José García
redaccion@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel
delegación.bcn@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer
social@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENT IN UNITED STATES OF AMERICA (USA)

Laura San Martín Galindo. Universidad de Harvard
correspondent.usa@odontologosdehoy.com

Isabel Moreno Hay. University of Kentucky
correspondent2.usa@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL EN MÉXICO

Rolando Peniche Marcín
corresponsal.mexico@odontologosdehoy.com

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL

Irene María Ventura de Carvalho Ramos
correspondente.portugal@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL EN CHILE

Luis Alberto Vicentela
corresponsal.chile@odontologosdehoy.com

FOTOGRAFÍA

Helena Galo

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Oklok
maquetacion@odontologosdehoy.com

IMPRESIÓN:

MSH Impresores

COMITÉ CIENTÍFICO:

José Manuel Aguirre Urizar. Catedrático de Medicina Bucal. Universidad del País Vasco. Vizcaya.

Jesus Albiol Monné. Presidente Junta Provincial de Tarragona del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña.

Ángel Álvarez Arenal. Catedrático Prótesis Bucal y Oclusión. Universidad de Oviedo.

Carlos Araujo. Profesor de prótesis de la Facultad de Odontología de Bauru (Univ. de Sao Paulo, Brasil).

Joan Birbe Foraster. Presidente de la Soc. Catalana - Balear de Cirugía Oral y Maxilofacial. Barcelona.

Andrés Blanco Carrión. Profesor Titular de Medicina Oral. Santiago de Compostela.

Francisco Cardona Tortajada. Jefe Sección Salud Bucodental. Sist. Navarro de Salud. Pamplona.

Peter Carlsson. Profesor de Cariología (Universidad de Malmö, Suecia). Director del CAPP (Country Area Profile Project), centro colaborador de la OMS para la salud oral. Suecia.

Josep María Casanellas Bassols. Profesor Asociado. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.

Antonio Castaño Seiquer. Profesor Titular de Odontología Preventiva y Comunitaria. Universidad de Sevilla.

Ramón del Castillo Salmerón. Profesor Titular de Prótesis Bucal. Univ. de Granada.

Laura Ceballos García. Profesora Titular de P.T.D y Endodoncia. U.R.J.C. Madrid.

Miguel Cortada Colomer. Catedrático de Prótesis Dental. Universidad Internacional de Cataluña. Barcelona.

Joaquín Estévez Lucas. Presidente Asociación de Directivos de la Salud. Madrid.

Antonio Fons Font. Profesor Titular de Prostodoncia y Oclusión. Universidad de Valencia.

Cristina García Durán. Profésico Dental. Madrid.

Ángel Gil de Miguel. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Decano Facultad de Ciencias de la Salud. U.R.J.C. Madrid.

Jaime Gil Lozano. Catedrático de Prótesis Dental y Maxilofacial. U.P.V. Bilbao.

Luis Giner Tarrida. Decano Facultad de Odontología. Universidad Internacional de Cataluña. Barcelona.

Ángel González Sanz. Profesor Titular U.R.J.C. Madrid.

Juan José Guarro Miquel. Presidente Asociación Empresarial de Centros de Asistencia Dental de Cataluña. Barcelona.

Luis Antonio Hernández Martín. Profesor de Prótesis Dental y Maxilofacial. Clínica Odontológica. Universidad de Salamanca.

Emilio Jiménez - Castellanos Ballesteros. Catedrático de Prótesis Estomatológica. Universidad de Sevilla.

José Francisco López Lozano. Catedrático de Prótesis Bucal facial U. C. M. Madrid.

José María Martínez González. Profesor Titular de Cirugía Oral y Maxilofacial. U.C.M. Madrid.

Florencio Monje Gil. Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz.

María Jesús Mora Bermúdez. Profesora Titular de Prótesis. Universidad de Santiago de Compostela.

Bernardino Navarro Guillén. Jefe de Sección de Anestesia, Reanimación y Terapia del dolor. Hospital General Universitario de Alicante.

Joaquín de Nova García. Profesor Titular de Profilaxis, Odontopediatría y Ortodoncia. U.C.M. Madrid.

María Angustias Palomar Gallego. Catedrática de Anatomía. U.R.J.C. Madrid.

Rolando Peniche Marcín. Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Mayab. Mérida, Yucatán, México.

Carlos Perezagua Clamagirand. Catedrático de Medicina Bucal. U.C.M. Madrid.

Paloma Planells del Pozo. Profesora Titular de Odontopediatría. U.C.M. Madrid

Juan Carlos Prados Frutos. Profesor Titular de cirugía. Director Dto. de Estomatología. U.R.J.C. Madrid.

David Ribas. Profesor Asociado de Odontopediatría. Universidad de Sevilla.

Jaime del Rio Highsmith. Catedrático de Prótesis Dental y Maxilofacial. U.C.M. Madrid.

Javier Relinque. Socio IVB Abogados y Economistas. Sevilla.

Marín Romero Maroto. Profesor Titular Ortodoncia U.R.J.C. Madrid

Manuel María Romero Ruiz. Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.

José Ignacio Salmerón. Jefe de Sección de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Juan Salsench Cabré. Catedrático prótesis dental. Universidad de Barcelona.

Francisco Javier Sanz Serrulla Profesor de la Unidad de Historia de la Medicina. U.C.M. Madrid.

Francisco Javier Silvestre Donat. Jefe de Estomatología del Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

María Jesús Suárez García. Profesora Titular de Prótesis Bucal facial U.C.M. Madrid.

Brian J. Swann. Clinical Instructor in Oral Health Policy & Epidemiology. Harvard School of Dental Medicine. USA.

Jacques-Henri Torres. Profesor Faculté d'Odontologie, Universidad de Montpellier 1. Francia.

Irene María Ventura de Carvalho Ramos. Profesora asociada de Odontopediatría en la Facultad Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz del Campus Universitário Monte de Caparica. Setúbal, Portugal.

Luis Alberto Vicentela. Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad del Desarrollo, Concepción, Chile.

Esteban Zubiría Ibarzabal. Evaluador externo de la Comisión de Acreditación de Formación Continuada del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Gipuzkoa.

SUSCRIPCIONES:

Si usted no tiene acceso a la revista y desea recibirla, por favor, envíenos un mail a distribucion@odontologosdehoy.com indicando los siguientes datos:

- Nombre
- Dirección Postal Completa
- N° de Colegiado Médico u Odontólogo
- Correo Electrónico
- Indíquenos si desea recibirlo en formato digital (pdf) o en papel

© Publicaciones Siglo XXI, S.L.
C/ Mártires Concepcionistas 7, 5° Izq.
28006 Madrid.
Tel: 911 93 59 59
D.L.: M-648-2013
ISSN: 2255-582X

[EN PORTADA] 40 · Diego Murillo

Entrevistamos al
Presidente de la compañía
aseguradora AMA.



[ENTREVISTA] 52 · Antón Sanz La voz de la industria



[ENTREVISTA] 44 · Fernando Suárez Bilbao Nuevo Rector de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.



34 · Acto de entrega de los Premios de la Fundación AMA



Odontología integrada del paciente mayor

**POR: DR. MANUEL RIBERA URIBE
PRESIDENTE DE SEGER 2014 BARCELONA**



El impacto que la evolución demográfica va a tener en la sociedad en los próximos años va a reflejarse, como no podría ser de otra manera, en el ejercicio de la odontología.

En estos momentos, en nuestro país, un 17% por ciento de personas superan los 65 años y más de dos millones son mayores de 80. El perfil de este grupo poblacional ha ido evolucionando para convertirse en un agente activo en la toma de decisiones económicas y políticas. El paciente mayor, presenta cambios fisiológicos propios del envejecimiento, una pluripatología sistémica, a menudo un consumo de fármacos elevado y necesidades nutricionales específicas. Además de todo ello la situación social y psicológica de muchas de estas personas está marcada por la realidad económica actual, a la que se suma en muchos de los casos una reducción de la movilidad, cuando no una marcada discapacidad.

Es en este contexto en el que la odontología debe prestar atención a las demandas sociales y ser sensible a la necesidad de adecuar la actual situación a la realidad vigente.

La mayor parte de profesionales de la odontología dedican una considerable parte de su tiempo a la atención de pacientes mayores, sin más conocimientos que los que han adquirido mediante la experiencia del día a día, y de la formación académica que recibieron. Con todo, un importante sector que no se desplaza a los gabinetes odontológicos, institucionalizados o con problemas severos de movilidad, queda al margen de la asistencia dental. Incluso, aquellos que pueden desplazarse se encuentran todavía con limitaciones arquitectónicas o barreras en muchas de las clínicas diseminadas por el país.

Las obvias carencias, tanto estructurales como asistenciales, se complementan con las deficiencias desde el punto de vista de formación específica.

Hay una corriente profesional cada vez más numerosa de odontólogos que, al amparo del proceso de debate sobre la creación de especialidades en el que estamos inmersos en nuestro país, aboga por la existencia de una especialidad en Odontología Geriátrica. Independientemente de ello, la Gerodontología se

ha incorporado ya a la docencia en el Grado, en cumplimiento de las recomendaciones efectuadas por el *Council of European Dentists* (May 28th 2010, CED Resolution Annex V.3/5.3.1 of Directive, 19th November), en relación a que la formación universitaria contemple en sus planes de estudio la materia de Gerodontología. Fruto de estas directrices, de las 13 Universidades Públicas españolas, 7 de ellas cuentan con la Gerodontología en sus planes docentes para el Grado, 3 con carácter de Optativa, y 4 con carácter de Obligatoria o Troncal. El resto de Universidades, incluidas las privadas, también tienen a la Gerodontología en su oferta docente. En nuestra Universidad, la Universidad Internacional de Catalunya, además de formar parte del plan de estudios con carácter obligatorio, ofertamos el único posgrado de Gerodontología de España, para el que contamos con la presencia de profesores de otras Universidades. En Europa el *European College of Gerodontology* agrupa a los profesionales e instituciones interesadas en la materia, y en el mundo latinoamericano, en especial, hay un creciente interés en la odontología geriátrica.

La sociedad española de Gerontología, cuyo congreso anual se celebra este año 2014 en Barcelona, consciente del interés que la unificación de contenido docente tiene en la enseñanza de la materia, ha publicado un libro con la participación de la mayor parte de profesores que imparten la asignatura en las diversas Universidades de España.

Los conocimientos necesarios para una asistencia eficaz en Odontología Geriátrica han ido incorporando avances, como las técnicas de implantes y sobredentaduras en pacientes edéntulos con limitación en la disponibilidad ósea, los conceptos de tratamiento atraumático y mínimamente invasivo, o los aspectos de prevención para pacientes que son atendidos o viven en centros para personas mayores, funcionalmente dependientes y frágiles.

Es, por todo ello, por lo que la Gerodontología se convertirá en un futuro próximo en la Odontología Integrada del Paciente Mayor y, por tanto, toma valor la formación específica en lo que indudablemente será la odontología integrada del paciente mayor •

VIII CONGRESO de Actualización en Implantología

Madrid. 7-8 de febrero de 2014

Implantología en estado puro.

PROGRAMA GENERAL

- Periimplantitis
- Sector anterior estético
- Regeneración e injertos
- Carga inmediata predecible
- Factores de riesgo en implantología
- Complicaciones en implantología

CURSOS TEÓRICOS

- Protésicos
- Higienistas y Auxiliares

PONENTES

Dr. Abel García García
Sr. Agustín Ripoll Puig
Dr. Alberto Fernández Sánchez
Dr. Alberto González García
Dr. Antonio Bujaldón Daza
Dr. Antonio J. Flichy Fernández
Dr. Arturo Sánchez Pérez
Dra. Blanca Guisado Moya
Dr. Carlos Ivorra Server
Dr. Carlos Martínez Martínez
Dr. Carlos Navarro Vila
Dr. Daniel Torres Lagares
Dr. David Gallego Romero

CURSOS TEÓRICO-PRÁCTICOS

- Básico de implantología
- Elevación de seno
- Injertos óseos

SALA DE CIENCIA

- Estudios en activo colaboración con Mozo-Grau

Dr. David Herrera González
Dña. Dolores Colunga Álvarez
Dr. Eduardo Estefanía Cundin
Dr. Fernando García Marín
Dr. Florencio Monje Gil
Dr. Francisco Torres Lear
Dra. Helga Mediavilla
Dr. Ignacio Almazán Fernández
Dr. Ignacio de Lucas González
Dr. Ignacio García Recuerdo
Dr. Isaac Díaz Nieva
Dr. Jacinto Fernández Sanromán
Dr. Javier Montero Martín

Sr. Javier Ortola Dinbier
Dr. Jerónimo Rubio Roldán
Dr. Jordi Gargallo Albiol
Dr. José Luis Cebrían Carretero
Dr. José Manuel Aguirre Urizar
Dr. Juan Antonio Hueto Madrid
Dr. Juan Carlos de Vicente Rodríguez
Dr. Juan López Quiles
Dr. Marco Esposito (Italia)
Dra. Maribel González Martín
Dr. Mario Utrilla Trinidad
Dr. Maurizio Patelli (Italia)
Dr. Miguel Peñarocha Diago

LUGAR

Auditorio Norte de IFEMA
Recinto Ferial Juan Carlos I, s/n
28042 Madrid (España)
📍 Campo de las Naciones (L8)

en
Feria de Madrid

Ya puede inscribirse en www.mozo-grau.com

INFORMACIÓN

C/ Santiago López González, 7 - 47197 Valladolid (España)
T: 902 423 523 F: 983 304 021 (Srtas: Nuria y Claudia) - info@mozo-grau.com

MOZOGRAU®
IMPLANTES DENTALES

CHILE CHINA COLOMBIA ESPAÑA IRÁN ITALIA MÉXICO
POLONIA RUSIA PORTUGAL TAIWÁN VENEZUELA



Cambio de Dirección Institucional, ¡Por fin!

**POR: JUAN JOSÉ GUARRO I MIQUEL.
MÉDICO ESTOMATÓLOGO.
PRESIDENTE AECAD® - ASOCIACIÓN EMPRESARIAL
DE CLÍNICAS DENTALES DE CATALUNYA.**

Por fin, una alegría; el otro día a través de las redes sociales recibí una imagen de la Campaña institucional del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región (COEM). “CUIDA TU SALUD” Tu boca NO está de Oferta.

Al recibirla, y analizarla posteriormente, me llena de gozo ver que desde una estructura colegial de este país se hace algo coherente en favor de nuestra profesión, y sobre todo para nuestros pacientes. El objetivo final de una institución de Derecho Público, como son nuestros colegios profesionales, es velar por la calidad de los tratamientos que recibe la población, y finalmente protegerla de estas prácticas abusivas, muchas veces ilegales y de escasa moralidad a las que estamos, por desgracia, acostumbrados en estos tiempos que corren.

Por fin, un colegio de dentistas, el COEM, hace algo que es su obligación institucional, defender a los receptores de nuestros tratamientos, y lo hace como debe, “potenciando a sus colegiados”, ayudándolos a luchar contra el cáncer de nuestra profesión, intrusismo, la baja calidad de tratamientos y la publicidad engañosa. Y lo hace invirtiendo los recursos colegiales como hay que hacerlo, en una buena campaña institucional, que pueda llegar a la población diana, y que cumpla con la doble función colegial, ayudar al colegiado para que pueda desarrollar su trabajo correctamente, y que el usuario final este protegido de las “ma-

quinaciones” comerciales de nuestra profesión.

De buen seguro que el Dr. Soto-Yarritu y su Junta del COEM (Colegio de Madrid), han iniciado y marcado un “buen camino”, y que en poco tiempo otros presidentes y juntas del país seguirán su camino, se olvidarán de los grandes mausoleos, e invertirán los medios y los esfuerzos colegiales como deben, es decir, en favor de la profesión y de los usuarios.

En nuestras estructuras profesionales, y debido a la idiosincrasia de nuestra profesión y a las normativas legales, la existencia de organizaciones patronales de clínicas dentales clásicas (no de franquicias, ni de aseguradoras, o inversores ajenos), son en estos momentos imprescindibles por la dinámica económica de nuestro mercado, y la respuesta que nuestra profesión debe dar al estado actual de la realidad de mercado, pero es a los Colegios, a quienes les corresponde liderar la defensa de la profesión, por ello, desde nuestra asociación patronal AECAD®, naci-

da en Cataluña, hace ya tres años, aprovecho estas líneas, para pedir un “reconocimiento público”, al presidente del COEM, Dr. Soto-Yarritu, y a su junta, por traernos un poco de “AIRE RENOVADO”, en este año 2013, a una profesión, que está en una situación dramática en general, y si no hay un premio a la buena labor institucional quizá, en esta ocasión, lo deberíamos crear y otorgarlo al COEM y a su Junta por el acierto en su campaña institucional •

“ *A los Colegios les corresponde liderar la defensa de la profesión* ”

sepavalladolid2014

PERIODONCIA
MULTI-
DISCIPLINAR.

INSCRÍBETE
antes del **7 de enero**
y benefíciate de la
TARIFA SUPERREDUCIDA.



sepavalladolid2014
22/24 MAYO
www.sepa.es

48ª SEPA
REUNIÓN ANUAL
4ª SEPA
HIGIENE BUCODENTAL

Centro de Congresos Miguel Delibes (CCMD) - Avda. Monasterio Nuestra Señora de Prado, 2 - 47015 Valladolid



913 142 715
sepa@sepa.es
www.sepa.es
f t

Patrocinadores SEPA PLATA



Patrocinadores SEPA ORO



[SECIB, SEPES, ANEO]

SECIB firma acuerdos de colaboración con SEPES y ANEO



MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DE SECIB Y DE ANEO.



DE IZQ. A DCHA.: DAVID GALLEGO, PRESIDENTE DE LA SECIB Y NACHO RODRÍGUEZ RUIZ, PRESIDENTE DE SEPES.

La Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB), representada en su Presidente David Gallego Romero, ha firmado durante los últimos meses diferentes acuerdos de colaboración con diversas instituciones, como la Sociedad Española de Prótesis Estomatológica (SEPES), y la Federación Española de Estudiantes de Odontología (ANEO). De esta forma, SECIB firmó con ambas instituciones un acuerdo marco de colaboración científica para la difusión de “ las materias que son objeto de su actividad, así como expandir sus objetivos y filosofía de calidad y hermanamiento docente Internacional”. Estas sociedades son conscientes de la conveniencia de propiciar vínculos científicos entre ellas, en aquellas aéreas que se consideren de interés común.

Con estas firmas SECIB responde a la intención de seguir trabajando en la necesidad de acercar posturas, y ofrecer el foro adecuado a todos aquellos profesionales que trabajan en pro de la Odontología, en general, y de la Cirugía Bucal, en particular •

Seguro de Automóvil



Porque cuando se queda sin coche, es cuando más ayuda necesita



Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

¿Tiene un problema con el coche y necesita que alguien le acerque al taller?

Nosotros lo hacemos

¿No sabe cómo volver a casa después?

Nosotros le llevamos

Y en caso de siniestro total, ¿cómo va a moverse?

Con el coche de sustitución que A.M.A. pondrá a su disposición

Así de fácil y así de claro.

Confíe en la experiencia de A.M.A. y disfrute del mejor servicio con total tranquilidad.

A.M.A. MADRID Villanueva, 24 Tel. 914 31 06 43 villanueva@amaseguros.com



LA CONFIANZA ES MUTUAL
www.amaseguros.com 902 30 30 10



[DURANTE LA CELEBRACIÓN DEL XIII CONGRESO NACIONAL Y VIII INTERNACIONAL DE SEHO]

Mesa redonda sobre "El periodismo odontológico actual"



MESA REDONDA SOBRE "EL PERIODISMO ODONTOLÓGICO ACTUAL", MODERADA POR JAVIER SANZ SERRULLA.



DE IZQ. A DCHA.: NURIA VELASCO, DEL COEM, LUCÍA FERNÁNDEZ CASTILLEJO, JAVIER GARCÍA GÓMEZ, DE SEPA Y JOSÉ LUIS DEL MORAL, DE GACETA DENTAL.

El pasado 28 de septiembre la Sociedad Española de Historia de la Odontología (SEHO) celebró en Madrid, en el Círculo de Bellas Artes, su XIII Congreso Nacional y IX Internacional. En esta ocasión, en su línea de abordar en cada convocatoria un tema monográfico, la atención estuvo centrada en la Historia del Periodismo Odontológico. Así, la conferencia inaugural estuvo dictada por Juan José Fernández Sanz, de la Facultad de Ciencias de la Información de la UCM, quien ha dedicado la mayor parte de su actividad investigadora a la historia del periodismo científico. El profesor Fernández Sanz se remontó a los orígenes del periodismo científico europeo, allá por el siglo XVIII, y destacó el espacio que ha ocupado el periodismo odontológico, especialmente en España.

SEHO es un foro en el que se tratan temas de gran actualidad. Prueba de ello es el "Documento Ávila 2011", que se difundió al término del XI Congreso Nacional, celebrado en dicha ciudad ese año. En este informe se abordó la evolución de la odontología española en el último cuarto de siglo, ya que coincidía la fecha con el XXV aniversario de la creación de la Licenciatura en Odontología.

Dicho documento, que se puede consultar en la web de la sociedad (www.sociedadseho.com) ha alerta-

do al colectivo odontológico sobre la problemática actual de la plétora profesional, incluso con proyección de datos al año 2020.

En esta edición, el análisis de actualidad se centró en la mesa redonda sobre "El periodismo odontológico actual", moderada por Javier Sanz y en la que participaron José Luis Del Moral (Director de "Gaceta Dental"), Nuria Velasco (Redactora Jefe de "Profesión Dental"), Francisco A. García Gómez (Director del Comité Científico de "Odontólogos de hoy"), y Javier García Gómez-Die (Director de varios proyectos de comunicación de SEPA, entre ellos "Cuida tus encías"). Todos ellos representan las diferentes facetas del periodismo odontológico español en la actualidad.

Entre los asuntos tratados en el debate se comentó la necesidad de este tipo de periodismo, que se abre a la edición digital cada vez con más intensidad y la fuerza con la que se va superando la dificultad que ha traído consigo la crisis económica. Además, se debatió sobre la importancia de que, como cualquier otra especialidad del periodismo, el que se basa en el contenido específico del sector odontológico sea ejercido por periodistas. Por último, también se mencionó la amabilidad que reina en las publicaciones odontológicas hacia instituciones claves, como los cole-

gios profesionales o la universidad, echándose en falta en ocasiones una mayor crítica, como ya hicieran otras revistas profesionales en tiempos remotos, incluso en el siglo XIX •



JAVIER SANZ SERRULLA, ARRIBA, Y FRANCISCO GARCÍA GÓMEZ, ABAJO, DIRECTOR CIENTÍFICO DE ODONTÓLOGOS DE HOY.



Datos de plena actualidad Documento "Ávila 2011"

En la edición de 2011 la Sociedad Española de Historia de la Odontología (SEHO) debatió de forma monográfica sobre la evolución de la Odontología española en sus aspectos socio-profesional, legal, científico y sanitario en los últimos 25 años. Este debate coincidió con el vigésimo quinto aniversario de la creación de la Licenciatura en Odontología, el pasado 2011.

El debate generó una serie de conclusiones que, hoy en día, dos años después, siguen de actualidad:

1.- El número de dentistas colegiados en España es cercano a 28.000, con una población de 47.150.819 habitantes. De acuerdo a la ratio idónea establecida por la OMS (1 dentista por cada 3000 habitantes), la cifra adecuada sería de 15.716 dentistas, de donde se infiere que hay un excedente aproximado a los 12.000 dentistas. Estas cifras arrojan como primera consecuencia la necesidad de la instauración del "numerus clausus" en las Facultades de Odontología de España a fin de paliar, que no remediar, una situación insostenible, como también el compromiso de no abrir en lo sucesivo más Facultades de Odontología.

2.- La progresiva disminución del índice CAOD a la edad de 12 años (desde 4.2 en 1984 a 1.2 en 2000), detectado en las encuestas de ámbito nacional de salud oral, es uno de los exponentes más claros de la estabilización de las enfermedades dentales en nuestro país, que así se mantendrán en el año 2020, según el estudio "La salud bucal en España en el año 2020." Si bien es satisfactorio para el colectivo que se hayan cumplido sobradamente los objetivos de la OMS en materia de salud buco dental, (gracias a la colaboración de los profesionales de la salud), se complica aún más la precaria situación ocasionada por el excesivo número de dentistas.

3.- La desaparición de gran parte de los servicios de estomatología en los hospitales públicos, siendo reemplazados por los Servicios de Cirugía Máxilofacial, conlleva la ausencia de la figura del dentista en actos que son de incumbencia propiamente odontológica. Por ello, el dentista (estomatólogo u odontólogo) como profesional en quien recae la máxima cualificación en materia dental, y de acuerdo a la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en su artículo 9 "Relaciones profesionales y trabajo en equipo", debe formar parte del equipo que atiende en el hospital al paciente odontológico y ello habrá de tenerse en cuenta por las autoridades sanitarias en la dotación de dichos servicios.

4.- A día de hoy, las enfermedades dentales, salvo en muy contados sectores, como el infantil o el de pacientes discapacitados, siguen careciendo de cobertura a cargo del Sistema Nacional de Salud.

5.- Urge supervisar la normativa que regula la publicidad Odontológica. De esta forma se podrá evitar la situación de ventaja en la que entran determinados grupos de asistencia odontológica, cuyos mensajes publicitarios, a menudo en forma de falsas ofertas, deben de ser autorizados o prohibidos de acuerdo al código deontológico de la profesión •

INRODENT
GRUPO FERRANZANO S.L.
Inst. Rotativos y Art. Dentales

Visita nuestro catálogo virtual

Rápido, Fácil y Económico

900 101 207

Amplia gama de artículos para Clínica Dental y Prótesis



Todo en mobiliario para su clínica



www.inrodent.es

[COEM]

El COEM lanza una nueva campaña informativa para el paciente



ASISTENTES AL ACTO DE ENTREGA DE CARNETS A NUEVOS COLEGIADOS, EN LAS INSTALACIONES DEL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE MADRID (COEM)

El Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región (COEM), ha lanzado una campaña dirigida a la población general con la que pretende luchar contra determinadas prácticas que pueden suponer un perjuicio para los pacientes e, incluso, un riesgo para su salud. Bajo el eslogan “Tu boca no está de oferta” se engloban diferentes acciones para fomentar una Odontología de calidad.

Evitar el intrusismo

En Odontología existe el intrusismo profesional, es decir, personas que ejercen como dentistas y que, sin embargo, no lo son, no están cualificadas ni tienen la formación adecuada para tratar un problema bucodental. El COEM recuerda que la colegiación entre los dentistas es obligatoria, y es una forma de garantizar que el profesional cumple con la titulación y requisitos legales para ejercer.

Los riesgos de la publicidad engañosa

La situación económica actual ha dado origen a determinadas situaciones, casos de publicidad engañosa con respecto al precio y al tratamiento. Hay veces que se acude al dentista con el objetivo de tratar un aspecto concreto con un precio determinado, (ej. una caries) y, finalmente el paciente acaba aceptando otros tratamientos que se le

ofrecen, en ocasiones innecesarios, y pagando una cantidad mayor de la que estaba prevista inicialmente.

La campaña lanzada por el Colegio de Madrid advierte a todos los usuarios de los peligros de estas prácticas inadecuadas que, por desgracia, son cada vez más frecuentes.

Entrega de carnets a nuevos colegiados

Por otro lado, se ha realizado la entrega de carnets a los nuevos colegiados en las instalaciones del COEM •

CUIDA TU SALUD
Tu boca NO está de oferta

Exige precio "sin trucos"
Pide siempre el precio completo de tu tratamiento, sin trucos ni servicios extra.

¿Sabes quién toca tu boca?
Sólo el dentista está cualificado para diagnosticar y aplicar el tratamiento adecuado.

En salud, lo barato sale caro
Los precios excesivamente bajos pueden no garantizar una calidad mínima del tratamiento.

Dale a tu boca el valor que se merece
ES UN MENSAJE DEL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE LA 1ª REGIÓN

En caso de duda o sospecha de intrusismo, llama al COEM. Tel: 91 661 29 05
C/Prado, 11, 28004 Madrid. Fax: 91 661 29 06
www.coem.org.es @coemorg

coem
Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la 1ª Región

[EXPODENTAL]

EXPODENTAL 2014 se presenta con nuevas incorporaciones en su Comité Organizador

EXPODENTAL, Salón Internacional de Equipos, Productos y Servicios Dentales, ha renovado parte del Comité Organizador, que ayudará a IFEMA en la décimo tercera edición del certamen, que recupera sus fechas habituales –del 13 al 15 de marzo de 2014–, en los pabellones 7 y 9 de la Feria de Madrid.

Madrid se convertirá por unos días en la capital mundial de la industria bucodental, con la feria de referencia para el sector, EXPODENTAL. Una convocatoria con una fuerte proyección internacional, muy bien posicionada en el ranking mundial, y que viene avalada por una larga trayectoria y los resultados de la última edición, celebrada en 2012: 22.336 tantes (cifra que representó un 7,6% de crecimiento) y 284 expositores directos (un 10,5% más). La participación extranjera fue igualmente notable, con un 6% más de visitantes foráneos — procedentes de 59 países,

y un 31,2% más de compañías (originarias de 16 nacionalidades)—.

El apoyo de Fenin a Expodental

El mejor exponente de la participación empresarial en EXPODENTAL es la composición de su Comité Organizador, en el que hay nuevas incorporaciones: José María Puzo, de DENTSPLY IH; Félix Arín, de DM CEO, S.A., y Joan Sensarrich, de DVD. El resto de integrantes refleja la representatividad de este órgano, que preside Luí María Garralda, de DENTAL IMPLANTS & BIOMATERIALS, S.L., y que incluye a Stig Näs (de INCOTRADING); Federico Schmidt (de CASA SCHMIDT); Javier Schmidt (de ESPECIALIDADES DENTALES KALMA, S.A.); Julián Raneda (de PROCLINIC, S.A.); Javier Castillo (de FEDESA); Juan Manuel Molina (de HENRY SCHEIN), y Luí María Molina (de HERAEUS DENTAL ESPAÑA).

No hay que olvidar el respaldo a EXPODENTAL de la patronal FENIN, Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, representada en el Comité Organizador de la Feria por Margarita Alfonsel, Secretaria General, y por Eva Beloso, Responsable de Innovación y Transferencia de Tecnología •

EXPODENTAL

UNA IMAGEN DE LA PASADA EDICIÓN DE EXPODENTAL, EN 2012



[NOMBRAMIENTO]

La coleccionista Pilar Citoler, Doctor Honoris Causa por la Universidad de Córdoba

El pasado 7 de noviembre tuvo lugar el nombramiento de Pilar Citoler, como Doctor Honoris Causa, por la Universidad de Córdoba. Citoler es la primera mujer que logra esta distinción. El acto tuvo lugar en el salón de actos Juan XXIII del campus universitario de Rabanales. El profesor Manuel Torres Aguilar actuó como su padrino en esta especial ocasión.

La coleccionista y amante del arte contemporáneo Pilar Citoler ha tenido durante toda su vida una estrecha relación con esta ciudad, aunque no llegaron a un buen acuerdo para que la colección permaneciera en Córdoba. Finalmente, la Colección Circa se instalará en el Instituto Aragonés de Arte y Cultura Contemporáneos Pablo Serrano de Zaragoza.

Pilar Citoler, estudió Medicina y Estomatología en las universidades de Madrid y Zaragoza. Residente en

Madrid desde los años sesenta, su primer contacto con el arte contemporáneo surgió a través de sus estancias en la ciudad de Cuenca, donde tendría mucha relación con el entorno artístico. Ha dedicado su vida a una faceta del arte muy concreta: el coleccionismo. Su dilatada trayectoria en este ámbito le ha valido numerosos reconocimientos.

Preside el Patronato del Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía, del que es miembro desde enero de 2005. Ese mismo año recibió el Premio ARCO al coleccionismo privado en España, y en 2006 la Universidad de Córdoba premió también su trayectoria. En el año 2007, le fue otorgada la Medalla de Oro al Mérito en las Bellas Artes

Durante los 34 años que lleva adquiriendo cuadros, la doctora Citoler ha reunido una colección de valor in-

calculable: más de 1300 obras repartidas entre dos casas y una clínica •



[EN LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA]

Acto de clausura del 1^{er} Máster de Medicina, Cirugía e Implantología Oral

El pasado 26 de octubre tuvo lugar el acto de graduación de la 1^a promoción del Máster de Medicina, Cirugía e Implantología Oral de la Universidad de Barcelona. El acto se realizó en el salón de actos de la Facultad de Odontología. La decana de dicha facultad, Silvia Sánchez, presidió el acto en el que estaban

presentes los alumnos graduados, así como numeroso público. Entre los asistentes se encontraban compañeros de otros cursos, familiares y amigos. Durante el transcurso del acto intervinieron los directores del máster, Antonio Marí Roig y José López López, y los coordinadores, Carlos Arranz Obispo y Enric Jané

Salas. Siguieron las intervenciones de un representante del profesorado, Raúl Ayuso, y del personal del Hospital Odontológico de la Universitat de Barcelona, con las palabras de la Sra. Cañas. El acto se cerró con la entonación del Gaudeamus Igitur •



ESTUDIANTES GRADUADOS, DIRECTORES Y COORDINADORES DEL MÁSTER.

ABIERTO PLAZO DE INSCRIPCIÓN

2013-2014

¡NO TE QUEDES SIN PLAZA!

MÁS DEL 80% DE
PRÁCTICA CLÍNICA
SOBRE PACIENTES

uic Universitat
Internacional
de Catalunya

MÁSTERES UNIVERSITARIOS

- Máster Universitario en Investigación en Odontología y Ciencias de la Salud
- Máster Universitario en Odontología Restauradora Estética

MÁSTERES PROPIOS

- Máster Internacional en Cirugía Oral
- Máster en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial
- Máster en Odontopediatría Integral
- Máster en Periodoncia
- Máster en Endodoncia

MÁSTERES ONLINE

- Máster en Estética Dental Online
- Máster en Endodoncia Online
- Máster en Odontopediatría Integral Online

RESIDENCIAS CLÍNICAS

- Residencia Clínica en Prótesis Bucal
- Residencia Clínica en Periodoncia
- Residencia Clínica en Implantología Oral
- Residencia Clínica en Técnicas Quirúrgicas Aplicadas a la Cavidad Oral
- Residencia Clínica en Dolor y Disfunción Craneomandibular
- Residencia Clínica en Medicina y Patología Oral
- Residencia Clínica en Odontopediatría Integral
- Residencia Clínica en Gerodontología y Pacientes Especiales

DIPLOMAS DE POSTGRADO

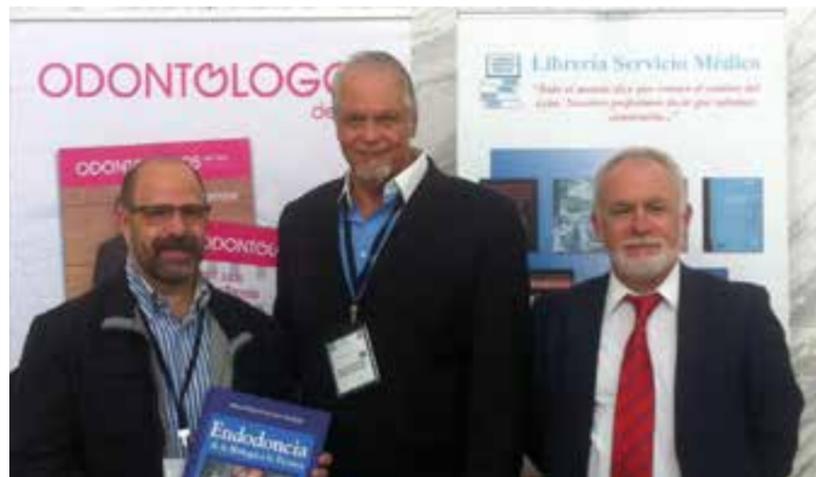
- Diploma de Postgrado en Cirugía Ortognática y Ortodoncia Quirúrgica
- Diploma de Postgrado en Salud Pública Oral y Atención Primaria



INFORMACIÓN Y ADMISIONES

Sra. Patricia Pujol
infodonto@uic.es
www.uic.es
tel: 93. 504. 20. 00
c/ Josep Trueta s/n
08195 San Cugat del Vallès
Barcelona, España

XXXIV Congreso Nacional de la Asociación Española de Endodencia



gía es el 'Premio Ruiz de Temiño al mejor trabajo original', que en esta ocasión recayó en el trabajo firmado por Amelia Almenar García, Leopoldo Forner Navarro y M^a del Carmen Llena Puy.

Al margen de los citados, AEDE concede otros cuatro premios a las mejores aportaciones durante el congreso. El primero de ellos es el 'Premio Pedro Badanelli Marcano al mejor caso clínico'. El elegido este año fue el de Borja Zabalegui y Paula Zabalegui, el 'Premio Arturo Martínez Berná a la mejor comunicación oral' distinguió el trabajo de los doctores Muedra, Llopis, Forner, Llena y Lozano. En el apartado reservado a los pósteres, el 'Premio Rafael Miñana Laliga al mejor póster de investigación' se otorgó al de los doctores A. Lobera, Almenar, Ortolani, Lozano y Muñoz, y el 'Premio Rafael Miñana Laliga al mejor póster clínico' fue para los doctores Forner, Fonzar, Ruiz y Almenar.

Asimismo, AEDE concede cada año una beca de postgrado, que en esta ocasión ha sido para Paloma Montero Miralles •

Por espacio de tres días, del 31 de octubre al 2 de noviembre, endodencistas de un lado y otro del Atlántico se reunieron en Madrid con ocasión del XXXIV Congreso Anual de la Asociación Española de Endodencia (AEDE), que se ha celebrado conjuntamente con el XIII Congreso de la Asociación Iberoamericana de Endodencia (CLAIDE). La presencia de más de 750 asistentes en el Palacio Municipal de Congresos de la capital española, confirmó el interés y el éxito de esta convocatoria.

Reconocimiento científico

Durante este congreso internacional se entregaron los premios que AEDE convoca anualmente para reconocer a los trabajos científicos en el campo de la Endodencia. En el apartado de los premios a los mejores trabajos publicados en la revista Endodencia, el 'Premio Rodríguez Carvajal al mejor caso clínico', se falló a favor de Antonio Bertó Botella y Rafael Miñana Laliga. El segundo de los galardones dentro de esta tipolo-

Un total de 23 ponentes nacionales e internacionales, 175 comunicaciones científicas, un importante número de casos clínicos, pósteres clínicos y de investigación, y comunicaciones orales, con un importante nivel científico y que tuvieron una gran acogida en cuanto a afluencia de asistentes.

Asimismo, los especialistas que acudieron a esta cita pudieron actualizar conocimientos en los siete talleres que se desarrollaron a lo largo de estos tres días. En ellos se hicieron demostraciones de los últimos sistemas de instrumentación disponibles, así como de tecnología de última generación.



VISTAINTRA RX/ SISTEMA DIGITAL

VISTAINTRA

REF. 2202-0X

Unidad de rayos X DC con punto focal de 0,4 mm.
Parámetros mA, KV y tiempo totalmente ajustables.
Visualización automática de la dosis en display.
Incluye tubo de 200 mm con colimador de 3x4.
Disponible con brazo de 45, 60 y 90 cm.



VISTASCAN MINI EASY

REF. 2143-61

Scanner para placas intraorales

Scanner para los formatos intraorales 0 y 2.
Resolución efectiva 221P/mm = 1100dpi
Máxima escala de grises 16bit (65536 tonos).
Conexión a PC via USB / Red.



VISTASCAN MINI VIEW

REF. 2142-01

Scanner para placas intraorales

Scanner para todos los formatos intraorales.
Resolución efectiva 221P/mm=1100 dpi.
Máxima escala de grises 16bit (65536 tonos).
Conexión de red o wireless con pantalla táctil de alta resolución para manejo del escaner. Información del paciente y diagnóstico de la imagen. Posibilidad de utilizar sin ordenador.



VISTASCAN COMBI VIEW

REF. 2151-01

Scanner para todos los formatos intraorales y extraorales

Resol. efectiva 10-22 1P/mm según formato.
Conexión de red o wireless con pantalla táctil de alta resolución para manejo del escaner. Información del paciente y diagnóstico de la imagen. Posibilidad de utilizar sin ordenador.

*No incluye la placa ceph 18x24

Dürr Dental Medics Ibérica, S.A.
C/ Serra de la Salut, 11 - nave 6, Pol. Ind. Santiga
08210 Barberà del Vallès | Barcelona (España)
Tel. ++34 937 18 33 35 | Fax. ++34 937 29 62 32
www.duerr.de | duerrdental@duerrdental.com

Delegación zona Cataluña
Ricard Roca | 607367297
Carmen López | 618440225
(especialista higiene & marketing)
Delegación zona centro
Jose Luis Vaca | 629283063

Delegación levante y Baleares
Marta Miragall | 627679206
Delegación zona sur y Canarias
Marcel Ruiz | 666198385

Delegación zona norte
Santiago Calleja | 671646576
Delegación Portugal
Philip Monteigas | 0035191611201

AIRE COMPRIMIDO
ASPIRACIÓN
SISTEMAS DE IMAGEN
ODONTOLOGÍA
CONSERVATIVA
HIGIENE

Barcelona: capital mundial de la Cirugía Oral y Maxilofacial

El Palau de Congressos de Catalunya fué la sede de la *XXI International Conference on Oral and Maxillofacial Surgery* (ICOMS), que se celebró del día 21 al 24 de octubre, organizado por la *International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons* (IAOMS) y la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM). El evento contó con la asistencia de más de 2.000 delegados de 94 países.

Durante las cuatro jornadas del congreso se debatieron los últimos avances en los tratamientos de cirugía estética de la cara, trasplante facial, cáncer orofaríngeo, apnea del sueño, trastornos de la articulación temporomandibular, traumatismos o atrofia maxilares severas, entre otros.

También se dieron a conocer las novedades en el manejo de la reconstrucción mandibular y las posibilidades de poder regenerar un nuevo maxilar de la mano. Esta conferencia fue dictada por la prestigiosa doctora Riitta Seppänen, profesora de ingeniería de tejidos en la Universidad de Tempere, Finlandia. Las últimas tecnologías también estuvieron presentes en estas jornadas internacionales donde se dieron a conocer las distintas aplicaciones de la cirugía robótica y el endoscopio en tres dimensiones. Se trata de “una cirugía menos invasiva que permite avanzar en precisión y que reduce



el tiempo de la cirugía y de la recuperación”, aseguró el doctor Javier González Lagunas, presidente de la SECOM y del Congreso.

Escaparate de nuevas tecnologías

El papel de la cirugía oral y maxilofacial en el manejo de los pacientes con apneas del sueño también tuvo un papel destacado.

También se mostraron las tecnologías que se han ido aplicando a diversas áreas de la cirugía oral y maxilofacial, que han permitido evolucionar y mejorar los tratamientos de malformaciones craneofaciales

gracias al uso del 3D, o a la navegación y planificación quirúrgica para la reconstrucción facial por defectos oncológicos o traumáticos.

La evolución en los tratamientos del trasplante de cara también se abordó de la mano de especialistas mundiales, como el doctor Eduardo Rodríguez, que dirigió el pasado mes de marzo el trasplante de cara más completo y complejo realizado hasta el momento en el mundo, o los doctores Devauchelle, Infante y Meningaud, artífices de muchos de los casos realizados en Europa •



Curso de ESPECIALIZACION Avanzado en Estética y REHABILITACION ORAL



MARBELLA
ENERO · MAYO 2014

Créditos:
12 ECTS CONCEDIDOS POR LA FUNDACIÓN U.P.C.

Director del Curso

Dr. Mariano Herrero Climent

Profesorado

Dr. Carlos Falcão
Dr. Javier Gil Mur
Dr. Pedro J. Lázaro Calvo
Dra. Beatriz Martín Nieto
Dr. Roberto Padrós Roldán
Sr. Salvatore Fiorillo

Lugar:
CENTRO DE ESTÉTICA Y REHABILITACIÓN ORAL MARBELLA
Centro Comercial Plaza Minienda, 14
Nueva Andalucía - 29660 MARBELLA

Colaboran

Klockner[®]
implant system

UNIVERSITAT POLITÈCNICA
DE CATALUNYA
BARCELONATECH

Secretaria Técnica
Sandra Pérez
Via Augusta, 158 9ª Planta
08006 Barcelona
formacion@klockner.es
TEL. 931 851 912

[CONMEMORACIÓN]

25 Aniversario de la promoción de Estomatología 86-88 de la Universidad de Barcelona



El pasado 8 de junio, en el incomparable marco de la ciudad condal, en el Restaurante Mirabe, de la montaña del Tibidabo, se celebró el “25 aniversario de la promoción de Estomatología 1986-1988”, de la Universidad de Barcelona.

Durante la reunión, y tras muchos años, nos reencontramos los compañeros de la Escuela de Estomatología de la Universidad de Barcelona, compartiendo en unas pocas horas, las experiencias personales y profesionales de estos años, tomando contacto con compañeros que hacia muchos años nos nos veíamos, por distancia o simplemente por falta de coincidencia. Sin lugar a dudas este reencuentro nos enriqueció personalmente a todos los asistentes. Aprovechamos la ocasión para citarnos para el próximo año y celebrar el 26 Aniversario de nuestra promoción, esta vez en tierras de Tarragona.

Desde el comité de organización, y de todos los compañeros queremos agradecer el apoyo de las casas comerciales, “Avinent Implant System”, “MIS Iberica”, “GUM-Sunstar” y “Laboratorios Inibsa”, en la organización del evento •

J.J. GUARRO



[ALTO NIVEL CIENTÍFICO Y CLÍNICO]

SEPA Joven 2013: Éxito científico, organizativo y de participación

Un total de 360 personas, la mayor parte de ellos jóvenes odontólogos, se dieron cita en el Paraninfo de la Universidad de Deusto (Bilbao) los días 8 y 9 de noviembre para discutir y avanzar en el tratamiento estético del paciente periodontal. Con un enfoque eminentemente interdisciplinar, este encuentro dirigido específicamente a jóvenes estudiantes y/o profesionales de la Odontología, ha sido organizado por SEPA (Sociedad Española de Periodoncia) y ha abordado uno de los aspectos más controvertidos y de actualidad de la Periodoncia, como es la búsqueda de la excelencia en el tratamiento estético del paciente periodontal.

Gran nivel de participación

La novena edición de SEPA Joven ha contado con una extraordinaria participación, superando todas las previsiones y expectativas. Además, ha destacado la activa y atractiva participación de distintas casas comerciales y entidades colaboradoras habituales de SEPA, que han dado calidad, brillo y color a esta reunión, que ha destacado también por el elevado nivel de las presentaciones y comunicaciones.

Dictantes de destacado prestigio y experiencia nacional e internacional ha protagonizado las sesiones científicas de ambas jornadas.

Premios a los mejores trabajos

Otro de los alicientes particulares de este encuentro ha sido la presentación de trabajos originales y la entrega de distintos premios.

El póster titulado “Desbridamiento a colgajo frente a otras alternativas regenerativas en el tratamiento de los defectos intraóseos. Revisión de la literatura”, firmado por Debiaggi Baignorria Sofia, Aspiazú Ituarte I., Llamas Medranda D., Ruiz de Gopegui E., Estefania Cundin E., Aguirre Zorzano L., fue el designado como ganador del premio SEPA Joven “Maxillaris” al mejor póster de investigación.

El Premio SEPA Joven “Glaxo Sensodyne” al mejor póster clínico recayó en el trabajo “Regeneración



ósea guiada y técnicas de provisionalización: determinantes para una rehabilitación estética. A propósito de un caso”, de Beatriz de Tapia Pastor, R. Gonzalez, B. Paniagua, S. Domínguez, C. Mor, C. Valles, A. Pascual y J. Nart.

Finalmente, el Premio Sunstar al Póster de Grado fue para Esperanza Gross Trujillo, Julia Álvarez Conde,

Patricia Chaves González y Joaquín López-Malla Matute, por su trabajo “Actualización sobre el uso de la terapia fotodinámica en Periodoncia” •

Expertos en Tecnologías Sanitarias apuestan por un modelo de compras más flexible, plural y transparente

La compra de tecnología sanitaria innovadora no puede basarse exclusivamente en el criterio precio, sino que debe tener en cuenta, entre otros aspectos, el valor que aporta a lo largo de todo el proceso asistencial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y en la eficiencia de la gestión del sistema sanitario. Ésta ha sido una de las principales conclusiones extraídas en el marco del XIX Encuentro del Sector de Tecnología Sanitaria “El valor de las tecnologías sanitarias”, organizado por la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) y ESADE.

“En un escenario ideal, el modelo de compra centralizada debe ser un proceso transparente, en el que se favorezca la contratación flexible, se tengan en cuenta el valor del coste total de todo el proceso y la opinión de los profesionales sanitarios y pacientes”, tal y como ha subrayado Daniel Carreño, presidente de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin).

Para el vicedecano de ESADE, Manel Peiró, “es necesario que las empresas trasladen sus esfuerzos a las administraciones públicas, y en concreto, al sistema sanitario. Para ello, hay que apostar por un cambio de modelo en el que se resalte el valor que aportan las tecnologías sanitarias al bienestar de los ciudadanos”.

No todo es el precio

La industria de tecnología sanitaria ve con preocupación la racionalización de la gestión que prioriza los modelos de compra basados en el criterio precio, así como la divergencia entre los sistemas autonómicos, ya que obstaculizan la incorporación de la innovación tecnológica y generan inequidades en el acceso a los mejores productos y soluciones tecnológicas.



De hecho, el sector de tecnología sanitaria es altamente dinámico e innovador con una inversión anual en I+D+i de aproximadamente el 9,5% de su facturación, y está considerado como uno de los agentes estratégicos del Sistema Sanitario.

Abordaje integral

Según los expertos reunidos en el encuentro, la tecnología aporta valor siempre y cuando lleve aparejados unos cambios estructurales inherentes a su incorporación. Con este mismo objetivo, las TICs han irrumpido en el mundo de la salud, demostrando en apenas unos años su valía en la optimización de los recursos asistenciales, además de aportar seguridad y eficiencia, como es el caso de la teleasistencia, el telediagnóstico o la telemonitorización.

Menos inversión en los últimos años

Lamentablemente, la inversión en renovación de tecnología sanitaria ha sufrido una caída por encima del 45% en los dos últimos años, situándose a niveles del año 2000. El 30 por ciento de los equipos de tecnología sanitaria de los centros sanitarios públicos españoles tiene

más de diez años de vida, cuando la recomendación internacional pasa por que los niveles de obsolescencia de estos equipos no superen el 10%. “Esta situación, agravada por la crisis económica, limita la capacidad asistencial y la seguridad de los pacientes y profesionales que los utilizan, además de comprometer seriamente el nivel tecnológico del parque hospitalario español”, subraya el presidente de Fenin •

“ *La tecnología aporta valor siempre y cuando lleve aparejados cambios estructurales.* ”

Gran asistencia de profesionales al Congreso SEOEME

Los días 8 y 9 de noviembre se celebró el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Odontoesomatología para el minusválido y Pacientes Especiales (SEOEME), en Palma de Mallorca. El comité organizador estuvo presidido por la Dra. Catalina Bennasar Verger y tuvo una numerosa participación de profesionales interesados en la odontología en pacientes especiales.

La ponencia “la colocación de implantes dentales en pacientes discapacitados y médicamente comprometidos”, estuvo moderada por el Dr. Antonio Cutando, de la Universidad de Granada.

“El manejo odontológico de autistas y pacientes con parálisis cerebral”, fue una ponencia moderada por la Dra. M^a José Jiménez Prats.

Los últimos avances en la clínica dental para el tratamiento de pacientes con “alteraciones hematológicas genéticas y adquiridas”, fue una presentación moderada por la Dra. Carmen Cabrerizo Merino.

Un tema que suscitó gran interés

entre los congresistas fue el de “la odontología hospitalaria como recurso sanitario en pacientes especiales”, moderado por el Dr. F. Javier Silvestre Donat, del Hospital Universitario Dr Peset de Valencia y en el que participaron el Dr. Fernando Espín, jefe del servicio de Cirugía Maxilofacial del complejo Hospitalario Torrecardenas de Almería, El Dr. J. Silvestre-Rangil de la Universidad de Valencia, la Dra. Isabel Maura del Hospital de Nens de Barcelona y el Dr. José Cruz Ruiz Villandiego del Hospital Quirón de San Sebastián.

Por último, se abordó una interesante mesa sobre “la patología cardiovascular y la odontología”, moderada por la Dra. Inmaculada Tomás Carmona.

Se realizaron 3 cursos precongreso, uno de implantología, otro sobre “higiene bucodental y nuevos horizontes en la odontología del paciente discapacitado” y otro “sobre avances tecnológicos aplicados en prótesis dental” •



Julio Acero nombrado Presidente de la Sociedad Mundial de Cirugía Oral y Maxilofacial

Julio Acero, jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Ramón y Cajal ha sido elegido presidente electo de la Sociedad Mundial de la Especialidad, la *International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*—IAOMS—.

Acero es el primer español en ocupar dicho cargo, habiendo ostentado, previamente, cargos directivos en la IAOMS, como Presidente del Comité Educativo, entre 2006 y 2011, siendo responsable de Programas Internacionales de Formación de Cirugía

Maxilofacial en diversas partes del mundo: Perú, Paraguay, Indonesia, Kenia, y Nigeria, entre otros.

La IAOMS es una institución en la que sólo pueden ser socios aquellos profesionales que acrediten una trayectoria profesional basada en la excelencia. Agrupa a unos 5.000 miembros de todos los continentes. Su objetivo fundamental es el fomento del progreso de la especialidad a nivel mundial, mediante el avance de los cuidados asistenciales, la educación y la investigación •



[EN OVIEDO]

Más de 1.500 profesionales acuden a la 43 Reunión Anual SEPES



El Dr. José M^o Suárez Feito, Presidente de la Reunión, y los miembros de los comités organizador y científico, lograron congregar a los conferenciantes más punteros del panorama nacional e internacional, referentes en el tema de la rehabilitación oral mínimamente invasiva. El programa científico, que logró un éxito de asistencia sin precedentes en su convocatoria, se desarrolló a lo largo de tres intensas jornadas de trabajo.

Pascal Magne reunió en la sala principal a una audiencia de más de 1.000 personas que asistieron atentos a su impactante presentación de restauraciones en sector posterior, atendiendo a la estética y a la biomecánica. Francesca Vailati, por su parte, sorprendió al público con su rehabilitación total adhesiva y su técnica de los tres pasos.

Ricardo Mitrani, Irena Sailer, Ian Buckle, Ariel Raigrodoski, Xavi Vela, Ion Aabalegui, Luciano Badanelli, Juan Arias, Carlos Fernandez Villares llenaron las salas donde impartieron sus charlas.

Jaime Alcaraz, Carlos Oteo, Aritza Brizuela, Rafael Pla, Marta Romeo, José Vallejo, Vicente Berbís, Ángel Fernandez Bustillo, Antonio Fons, Carlos Aparicio, Manuel Cueto, Luis Jané, Guillermo Pradíes, Pere Colomina e Ignacio Martínez presentaron casos relevantes en el campo de las restauraciones poco invasivas.

La prótesis dental y la importancia de la fotografía en la toma de deci-

siones clínicas, representadas en el congreso por los más prestigiosos técnicos de laboratorio y por destacados técnicos de fotografía, tuvo en esta 43 Reunión Anual un programa científico de gran interés, con las últimas tecnologías y materiales como temas desatacadados. Los técnicos de laboratorio August Bruguera, Justo Rubio, Waldo Zarco y el técnico de fotografía, Daniel Blanco, presentaron casos y técnicas novedosas.

Importante apoyo de la industria del sector

Los últimos estudios científicos desarrollados por las principales facul-

tades y departamentos de prótesis y estética del país como la UCM, UV, UIC, UEM tuvieron un papel destacado, siendo de gran calidad científica las 160 comunicaciones que se presentaron en la primera jornada del congreso.

El apoyo de la industria del sector fue importantísimo para el éxito de la Reunión. 29 fueron las empresas que colaboraron en el congreso, destacando las empresas sponsors de SEPES, que estuvieron presentes con espacios comerciales, en los que presentaron las últimas novedades en el sector de la prostodoncia y la estética.



DE IZQUIERDA A DERECHA: JUAN MANUEL LIÑARES SIXTO, BEATRIZ GIMÉNEZ GONZÁLEZ, LOLI RODRÍGUEZ ANDÚJAR, NACHO RODRÍGUEZ RUIZ (PRESIDENTE), ANA MELLADO VALERO, MIGUEL ROIG CAYÓN, AUSENTE EL DR. JOSÉ M^o MEDINA CASAUBÓN.



El emblemático Hotel Reconquista fue el marco elegido para celebrar la cena de clausura del congreso, en la que se hizo entrega de los premios a las comunicaciones ganadoras así como de la Medalla de Oro de SEPES, que este año recayó en el Dr. José Ramón Casado Llopart.

El Alcaldede de Oviedo, D. Agustín Iglesias Caunedo, recibió en audiencia al Presidente de SEPES Juan Ignacio Rodríguez Ruiz, y al Presidente y Vicepresidente del Congreso, José M^a Suárez Feito y Alberto Sicilia Felechosa, respectivamente •



PROF. DR. JAIME GIL (PRESIDENTE DEL COMITÉ CIENTÍFICO DEL CONGRESO), JUNTO A LA DRA. IRENA SAILER (PONENTE)



ENTREGA DE LA MEDALLA DE ORO DE SEPES AL DR. JOSÉ RAMÓN CASADO LLOPART DE LA MANO DEL DR. JOSÉ M^a SUÁREZ FEITO



ARRIBA: CENA DE GALA HOTEL DE LA RECONQUISTA. ABAJO: AUDIENCIA CON EL ALCALDE DE OVIEDO, SR. AGUSTÍN IGLESIAS CAUNEDO CON EL PTE. DE SEPES, EL PTE. DEL CONGRESO Y EL PROF. DR. ALBERTO SICILIA, VICEPRESIDENTE DEL CONGRESO.

antón^{S.L.}
suministros
dentales

20 años
a tu lado

¡¡ VISÍTANOS, queremos conocerte, y que nos cuentes tus necesidades !!

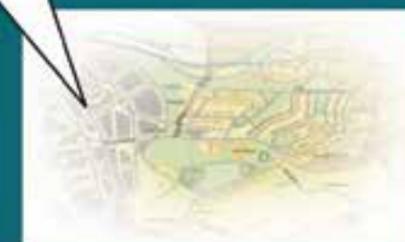
¡¡ Emociónate con la última tecnología, con las MEJORES MARCAS del mercado, y por supuesto, con todo el CONSUMIBLE a los mejores precios !!



www.antonsl.es
antonsl@antonsl.es
94 453 06 22

antón^{S.L.} Servicio Técnico propio
asistencia técnica
tecnico@antonsl.es

P. I. Sangróniz · Iberre Kalea, 3, Mód. 6
48150 Sondika (Bizkaia)



[EN MADRID]

V Congreso Ibérico de Regeneración Tisular Osteógenos

DIVERSAS IMÁGENES DEL V CONGRESO IBÉRICO DE REGENERACIÓN TISULAR QUE TUVO LUGAR EN MADRID LOS DÍAS 4 Y 5 DE OCTUBRE

El V Congreso Ibérico de Regeneración Tisular se celebró en Madrid, los días 4 y 5 de octubre. Con este evento, Osteógenos celebró su X Aniversario en el mercado de la implantología y la cirugía maxilofacial. Osteógenos, distribuidor en exclusiva de los biomateriales para regeneración ósea OsteoBiol, organizó este evento científico en el que se dieron cita numerosos líderes de opinión, nacionales e internacionales, con el fin de dar a conocer los últimos avances significativos en técnicas de regeneración.

Osteógenos puso en marcha un

novedoso formato de formación basado en la exposición de casos resueltos mediante los productos OsteoBiol: sesiones clínicas que fueron impartidas por los doctores: Noelia Cervantes, Fernando Jiménez, Adelaida Luque, Tomás Pretel, Araceli Morales, Rocío Aycart, Naiara Lapuente, Aidín Abdarian, Ainhoa Aresti, María Fernández, Regina Roselló y Karina Reyes. Los Dres. Pilar Velasco, Sofía Hernández y David Peñarrocha fueron los responsables de otorgar los premios a las mejores comunicaciones científicas en formato póster electrónico. En las ponencias se abordaron temas como el manejo de tejidos blandos en periodoncia e implantología, biomateriales colagenados, alveolos post-extracción, defectos infraóseos, elevación del seno maxilar, etc, de la mano de prestigiosos profesionales: Dr. Adriano Piatelli / Antonio Scarrano - Dr. Stefan Fickl- Dr. Antonio

mas como el manejo de tejidos blandos en periodoncia e implantología, biomateriales colagenados, alveolos post-extracción, defectos infraóseos, elevación del seno maxilar, etc, de la mano de prestigiosos profesionales: Dr. Adriano Piatelli / Antonio Scarrano - Dr. Stefan Fickl- Dr. Antonio

mas como el manejo de tejidos blandos en periodoncia e implantología, biomateriales colagenados, alveolos post-extracción, defectos infraóseos, elevación del seno maxilar, etc, de la mano de prestigiosos profesionales: Dr. Adriano Piatelli / Antonio Scarrano - Dr. Stefan Fickl- Dr. Antonio

mas como el manejo de tejidos blandos en periodoncia e implantología, biomateriales colagenados, alveolos post-extracción, defectos infraóseos, elevación del seno maxilar, etc, de la mano de prestigiosos profesionales: Dr. Adriano Piatelli / Antonio Scarrano - Dr. Stefan Fickl- Dr. Antonio



EL CONGRESO CONTÓ CON LA ASISTENCIA DE DIVERSAS CASAS COMERCIALES Y DE LA PRENSA ESPECIALIZADA



Murillo Rodríguez - Dr. Antonio Fernández Coppel - Dr. Fernando Guerra - Dr. Antonio Armijo Salto - Dr. Antonio Barone - Dr. Guillermo Pardo Zamora - Dr. Roberto Rossi - Dr. Rubén Davó.

El objetivo de estas presentaciones es familiarizar a los estudiantes con la estructura de un Congreso Científico

y mejorar sus habilidades en la elaboración y divulgación de trabajos de investigación.

El encuentro profesional también tuvo su parte lúdica y, fuera del programa científico, Osteógenos celebró su aniversario con una fiesta en la discoteca Marmara, precedida de un cóctel en el Estadio Santiago Berna-

beú. Los asistentes pudieron disfrutar de una visita exclusiva a puerta cerrada recorriendo todas las instalaciones del templo madridista •



NSK

NOVEDAD



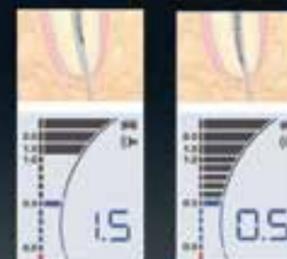
iPexII

Localizador de Ápice Avanzado para Endodoncia

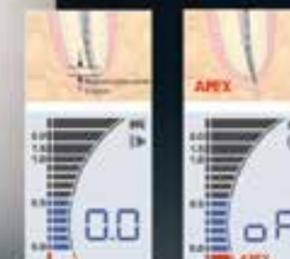
CONTROL CONSTANTE DEL PROGRESO DE LA INSERCIÓN DE LA LIMA

825 €*
1.061 €

OFERTA DE LANZAMIENTO



Inicio de la medición Zona del ápice radicular



Llegada al ápice Superación del ápice

- Controlador *SmartLogic* de Nueva Generación
- Medición instantánea del conducto radicular de gran precisión
- Detección automática del ápice con exactitud
- Tres señales acústicas de aviso según la ubicación de la punta de la lima
- Gran pantalla LCD tricolor
- Diseño compacto que ocupa muy poco espacio



* IVA no incluido • Oferta válida hasta el 31 de julio de 2013 • Efectúe su pedido a través de su distribuidor habitual

www.nsk-spain.es

NSK Dental Spain SA

Módena, 43 · El Soho-Európolis · 28232 Las Rozas de Madrid
tel: +34 91 626 61 28 · fax: +34 91 626 61 32
e-mail: info@nsk-spain.es



[EL PASADO 24 DE OCTUBRE]

Brillante entrega de premios de la Fundación AMA



DE IZQUIERDA A DERECHA: ANA PASTOR, MINISTRA DE FOMENTO, EL DOCTOR FRANCISCO JAVIER ÁLVAREZ, GANADOR DEL PRIMER PREMIO DE LA FUNDACIÓN AMA, Y DIEGO MURILLO, PRESIDENTE DE LA MISMA.

La Fundación Agrupación Mutual Aseguradora (A.M.A) celebró el pasado 24 de octubre la XIV edición de sus Premios Científicos. Estos galardones tienen una única filosofía: promover la investigación entre los profesionales sanitarios en temas propuestos por grandes personalidades de ese ámbito. Los trabajos de esta 14ª edición debían versar sobre "Sanidad y Seguridad Vial".

El acto contó con las intervenciones de la Ministra de Fomento, Ana Pastor, miembro del jurado desde 1988, María Seguí, Directora General de Tráfico, y Diego Murillo, presidente de AMA. Además, al evento asistieron otras personalidades como el vicepresidente del Consejo Asesor del Consejo de Sanidad, Julio Sánchez Fierro; la directora del Gabinete del Ministerio de Fomento, Alicia Portas; Luz Ruibal, asesora del Gabinete del secretario de Estado de Justicia; Lupe Murillo, secretaria del Comité de Derechos y Garantías del PP de Galicia, y los presidentes de Sedisa, Joaquín Estévez, de la Federación Empresarial de Farmacéuticos de España, Fernando Redondo, y de la Academia Médico Quirúrgica Española, Luis Ortiz, entre muchos otros.



ARRIBA IZQUIERDA: EL DOCTOR MIGUEL MALDONADO, GANADOR DEL SEGUNDO PREMIO, ACOMPAÑADO POR SU MADRE. ARRIBA A LA DERECHA: ENRIQUE TELLERÍA, CONSEJERO DE AMA, CON RAQUEL MURILLO, SUBDIRECTORA DE AMA. CENTRO: RAMÓN SOTO YARRITU, PRESIDENTE DEL COEM, DIEGO MURILLO Y FERNANDO GUTIERREZ, EDITOR DE ODONTÓLOGOS DE HOY. ABAJO: LUIS CÁCERES, PRESIDENTE DEL COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE SEVILLA ACOMPAÑA A DIEGO MURILLO EN LA IMAGEN.



Sanidad y Seguridad Vial

El ganador del primer premio fue el doctor Francisco Javier Álvarez galardonado por un estudio sobre las ventajas de la intervención sanitaria coordinada para prevenir las lesiones de tráfico relacionadas con alcohol, drogas y medicamentos. El accésit se concedió al doctor Miguel José Maldonado, con un trabajo sobre los riesgos añadidos del astigmatismo y la dilatación pupilar (midriasis) en la conducción nocturna.

Diego Murillo destacó en su intervención la importante labor de la Fundación A.M.A. y el gran valor de sus premios científicos y de su siste-

ma de becas a los futuros profesionales de la sanidad. Asimismo, resaltó el valor de las actividades formativas que AMA desarrolla en colaboración con cerca de 400 Colegios Sanitarios, y las principales instituciones y sociedades científicas de toda España, y a través de distintos programas de ayudas sociales y humanitarias.

“*Ana Pastor valoró la importancia de los aspectos sanitarios en la Seguridad Vial.*”

La Ministra de Fomento valoró que hay elementos clave estrictamente sanitarios en la seguridad vial, y que al trabajar sobre ellos y otras causas prevenibles también se pueden salvar vidas. En sus palabras elogió la labor de estos importantes Premios Científicos y destacó la fortaleza de AMA como Mutua que está “entre las más importantes de Europa, e incluso del mundo, en el ámbito sanitario”.

El acto se cerró con la actuación de Mónica Molina y con un cóctel en el que las más diversas personalidades del sector tuvieron ocasión de intercambiar opiniones sobre la situación del área sanitaria •



ARRIBA: RICARDO LÓPEZ, DIRECTOR GENERAL DE SANITARIA 2000, ÁLVARO BASILIO, DIRECTOR DE COMUNICACIÓN DE AMA, Y FERNANDO GUTIÉRREZ, PREMIADO, Y DIEGO MURILLO.
MEDIO: MARÍA SEGUÍ, DIRECTORA GENERAL DE TRÁFICO, MIGUEL MALDONADO, PREMIADO, Y DIEGO MURILLO.
ABAJO: LUPE MURILLO Y BARTOLOMÉ BELTRÁN, DE ATRESMEDIA.



5ª Edición NYU College of Dentistry Global Implantology Week

17 - 20 MARZO, 2014

NYU COLLEGE OF Dentistry
LINHART CONTINUING DENTAL EDUCATION PROGRAM

Zimmer | dental



Dr. Suheil Boutros
USA



Dr. Edgar El Chaar
USA



Prof. Dr. Georgios E. Romanos
USA



Dr. Ryan Clagett
USA



Dr. Jan-Frederik Güth
Alemania



Dr. J. Carlos Martins da Rosa
Brasil



Dra. Lizbeth Colon
Puerto Rico



Dr. Ali Kanawati
USA



Dr. Carlo Maria Soardi
Italia



Dr. Eric J. Dierks
USA



Dr. Kanyon R. Keeny
USA



Dr. Michael Sonick
USA

SECRETARIA TÉCNICA: ZIMMER DENTAL IBÉRICA
Avda. Virgen del Pilar, 49 local 2-3 - (08440- Cardedeu) Barcelona Telf. 93 846 05 43 (ext.505) / Fax. 93 845 43 25
formacion.continuada.zdi@zimmer.com www.zimmerdental.es

[IVOCLAR VIVADENT]

Ivoclar Vivadent presenta su nueva oficina subsidiaria en Rusia

La filial con sede en Moscú fue inaugurada oficialmente el 19 de septiembre de 2013. La nueva subsidiaria tendrá como objetivo fundamental ampliar las actividades de la compañía en el mercado ruso. Así lo explicaba el Director General, Stephan Uhlman, "hemos reestructurado nuestra oficina de marketing y ventas en una filial. Esto significa que ahora tenemos nuestra propia central logística

en Rusia, y somos capaces de responder a las demandas de nuestros clientes con más flexibilidad". Además, de manera simultánea a la apertura de la filial, se ha establecido el departamento de ICDE (International Center for Dental Education) que permitirá a la compañía atender a los clientes de manera más exhaustiva y eficaz, con cursos de formación y demostraciones de productos de calidad •

[ZIMMER]

Zimmer informa cad/cam: soluciones digitales

La visión de calidad e innovación incluida en el ADN de Zimmer se completa con la propuesta ZfX para la elaboración de soluciones protésicas adecuadas a las necesidades individuales de cada paciente.

Con el objetivo de actualizar los

protocolos de los laboratorios dentales en los tratamientos en implantología digital, Zimmer ha organizado un Roadshow para presentar las virtudes del sistema digital Zimmer-ZfX y discutir las dudas que puedan surgir con Waldo Zarco •

[MOZO-GRAU]

Mozo-Grau Jornadas de Puertas Abiertas

Mozo-Grau ha recibido en su sede la visita de los alumnos del título de Experto en Implantoprótesis, acompañados por las doctoras Ana Orozco Varo y Gema Arroyo Cruz. También visitaron las instalaciones los alumnos del máster en Periodoncia. Ambas visitas procedían de la Universidad de Sevilla.

Todos los integrantes del grupo han tenido la oportunidad de conocer las investigaciones que se están llevando a cabo, el área de producción, los exhaustivos controles de calidad

a los que se someten el 100% de los productos Mozo-Grau, el Departamento de Logística y la última tecnología en prótesis personalizadas como es MG Bio-Cam®.

Por otro lado, Mozo-Grau ha abierto la inscripción de su próximo Congreso de "Actualización en Implantología", que se realizará a través de la web www.mozo-grau.com. La octava edición de esta cita se desarrollará los días 7 y 8 de febrero de 2014, en el Auditorio Norte del Recinto Ferial de Madrid (Ifema) •

[W&H]

W&H presenta el primer contra-ángulo quirúrgico con cabezal de 45°

Los nuevos contra-ángulos WS-91 y WS-91 LG con cabezal de 45° combinan, por primera vez, las ventajas de una pieza de mano con las de un

contra-ángulo y son los únicos del mercado aptos para cirugía ya que disponen de sistema de irrigación del suero de la unidad quirúrgica •



[INTRA-LOCK IBERIA]

II Curso teórico-práctico sobre la estabilización de dentaduras con la utilización de mini-implantes

El pasado 19 de octubre tuvo lugar en las instalaciones de Intra-Lock Iberia el segundo curso teórico-práctico sobre la estabilización de dentaduras con la utilización de mini-implantes, dictado por la Dra. M^a Claudia Argüello Mateus y organizado junto a la Cátedra Extraordinaria de Investigación Dental Implants & Biomaterials de Implantología y Cirugía Oral de la Universidad Rey Juan Carlos.

En esta sesión los doctores pudieron aprender el protocolo completo, tanto de la fase quirúrgica como de la fase restaurativa, de una forma teórico-práctica sobre modelos mandibulares, quedando plenamente satisfechos con la tecnología como puede deducirse de la encuesta de satisfacción realizada a los asistentes.

Los mini-implantes están especialmente indicados y diseñados para la estabilización de dentaduras mandibulares, garantizando una

mejor seguridad y funcionalidad y reduciendo costes e incomodidades al paciente. Son implantes de pequeño diámetro y de una sola pieza, en cuya colocación se utiliza una única fresa en un protocolo mínimamente invasivo •



[DIEGO MURILLO]

“La Odontología en España siempre ha tenido un gran nivel”

La agrupación Aseguradora A.M.A. cubre desde hace medio siglo los seguros de la mayor parte de los profesionales médicos de nuestro país. Al frente de la misma, Diego Murillo Carrasco es, desde hace 16 años, su máximo responsable. Murillo es, ante todo, un gran padre de familia, amigo de sus amigos y un enamorado de la medicina, ya que ninguno de los cargos que ha ostentado durante su vida, tanto a nivel público como privado, le han apartado del ejercicio de su profesión, que no es otra que la de ser ginecólogo - **María José García**





"Odontólogos de Hoy":

Desde su punto de vista ¿cuál es la clave para que la entidad haya incrementado su cifra de negocio año tras año, teniendo en cuenta la proliferación actual de compañías aseguradoras en el mercado?

Diego Murillo: En A.M.A. sabemos quiénes somos y qué hacemos, y somos fieles a esa filosofía. Somos la única compañía nacional que ofrece exclusivamente seguros para los profesionales de la Sanidad y sus familias, directamente a ellos y también a través de los Colegios de profesionales sanitarios. Les aseguramos todos los ámbitos de su vida familiar, y también de la profesional, excepto seguros de Vida.

Llevamos casi cincuenta años con esa oferta especializada, y en ese tiempo nos hemos ganado la confianza de la mayoría del sector. Fíjese que nos dirigimos sólo al colec-

tivo sanitario, y eso nos ayuda, por ejemplo, a ser líderes en seguros de Responsabilidad Civil Profesional, pero es que también somos una de las compañías de referencia en seguros de coche, por ejemplo. Transmitir confianza es siempre una buena política. Por eso, en A.M.A. ya somos cerca de medio millón de asegurados y tenemos unos 850.000 productos contratados.

ODH: *¿Cuál es la rama de su actividad (automóvil, hogar, responsabilidad civil, viajes, etc.) que está logrando mejores resultados y por qué?*

D.M: La facturación total por primas de A.M.A. rondó en 2012 los 180 millones de euros, de los que más de 120 millones correspondieron a seguros de automóvil. En lo que llevamos de año, las pólizas en este ramo las mantenemos estables, y la factura-

ción ha decrecido ligeramente por el descuento aplicado sobre las primas medias, como es práctica casi obligada en todo el sector. De hecho, nos situamos muy en línea con la evolución media del sector en este producto. En seguros Multirriesgo, tanto del Hogar como de Establecimientos Sanitarios, en lo que llevamos de año hemos crecido un 6,8%, mientras la media sectorial equivalente caía un 1,8%. Y, además, en Responsabilidad Civil Profesional para sanitarios somos líderes indiscutibles, con más de 300.000 asegurados.

ODH: *Teniendo en cuenta la difícil coyuntura actual, ¿cuáles son las estrategias comerciales que emplea A.M.A. para lograr los buenos resultados de los últimos años?*

D.M: En este año y los dos anteriores, nuestra facturación viene rondando los 200 millones de euros anuales, y hemos conseguido incrementar los resultados en más del 50% en los últimos años. Lo hemos logrado vigilando los gastos al milímetro y controlando muy bien la siniestralidad, por ejemplo, direccionando más coches a talleres preferentes o ajustando precios con los proveedores. Además, hemos invertido mucho en tecnología y medios, lo que nos está rindiendo importantes frutos, además de la importante modernización obtenida.

ODH: *¿Cuál es su opinión ante la situación actual de la sanidad, que vive momentos de gran tensión? ¿Cómo afecta este ambiente a los profesionales?*

D.M: Está claro que la situación es muy complicada y que los profesionales de la Sanidad están cada vez más presionados. El problema de fondo es el déficit del sistema, y conviene afrontarlo. Racionalizar el gasto es clave para seguir garantizando una Sanidad universal y de calidad. Pueden hacerse muchas cosas: controlar el gasto, renovar un sistema burocratizado, coordinar mejor administraciones y servicios. Ahora bien, deberíamos asumir, de entrada, que médicos y demás profesionales de la Sanidad son lo más importante para que el Sistema funcione.

Sanidad sostenible

ODH: *El modelo sanitario, tal y como está diseñado actualmente, ¿es sostenible?*

D.M: La Sanidad sólo se puede sostener a través de sus profesionales. Hace falta un verdadero consenso entre agentes sociales, administraciones y profesionales, que algo sabemos y deberíamos poder decir más sobre la gestión de la Sanidad, de la pública y la privada. Le pongo un ejemplo. Con otros muchos profesionales del sector, formo parte del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, donde creo que estamos aportando puntos de vista interesantes. Así estamos haciendo con el necesario baremo específico sobre daños sanitarios, en el que estamos trabajando y que podría ver la luz próximamente.

ODH: *Acaban de ingresar en Europa Médica, un organismo que agrupa a mutuas europeas. ¿De qué manera va a participar A.M.A. en esta organización?*

D.M: Europa Médica es una asociación con casi veinte años de experiencia que agrupa a las mejores mutuas médicas europeas. Forman parte de ella unos dos mil hospitales y cerca de 400.000 profesionales de toda Europa. Estamos encantados de habernos asociado a tan prestigiosa institución. Esperamos colaborar con ellos y aportar nuestra experiencia en seguros para el colectivo de la Sanidad.

ODH: *¿Cuál es su visión de la situación del sector dental en España?*

D.M: La odontología en España ha rayado siempre a gran altura. Parece que con la crisis se han empezado a resentir hábitos que había costado mucho extender, como la frecuencia en las visitas o los hábitos infantiles saludables. Además, parece que ahora se incurre en cierta masificación; ganan demasiado terreno las cadenas franquicias y la publicidad sobre franquicias o planes de descuento no siempre es el mejor medio de preservar la calidad. Le hablo por lo que me suele comentar el presidente

del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos, que también es consejero de A.M.A., mi amigo Alfonso Villa Vigil. Me consta que el Consejo y los Colegios están haciendo mucho para defender y prestigiar la profesión y la salud oral de los españoles.

“**AMA tiene vocación de estar siempre al lado de los profesionales de la Sanidad**”

ODH: *¿Cuáles son sus próximos proyectos al frente de AMA? Y en su vida personal, ¿cuáles son los retos que aún le quedan por alcanzar?*

D.M: El sector asegurador no se detiene nunca, y el de la Sanidad tampoco. En A.M.A. acabamos de presentar resultados del primer semestre, con un beneficio de 8,3 millones de euros. Nuestro patrimonio propio es 5,2 veces superior al mínimo exigido por ley, así que en solvencia también estamos muy por encima de la media. Resultados y solvencia nos proporcionan una base muy firme para intentar mejorar y crecer en número de mutualistas y en oferta de productos y servicios. Tenemos vocación de estar siempre al lado del mayor número posible de profesionales sanitarios y prestarles cada vez mejores servicios, y es lo que nos proponemos seguir haciendo.

ODH: *Usted ha ocupado cargos relevantes en la política y en numerosos consejos de administración desde la prensa a la banca, ¿en alguna ocasión se planteó dejar el ejercicio de la medicina?*

D.M: He sido, soy y seré ginecólogo. Es mi profesión y mi vida; nunca me he planteado dejarla. Creo que esa

sensibilidad médica es la que me ha permitido complementar mi actividad profesional en la política, en la empresa y especialmente en A.M.A. Sin ejercer como médico creo que me habría faltado algo para poder colaborar en otros ámbitos. La sensibilidad sanitaria del equipo profesional de A.M.A. es lo que nos hace diferentes de todas las demás compañías.

ODH: *Usted desde A.M.A. tiene una relación como pocos con los colegios profesionales, además de haber sido Presidente del Colegio de Médicos de Pontevedra. ¿Qué opinión le merece el proyecto de Ley de Colegios remitido a las Cortes?*

D.M: De momento se trata de un Anteproyecto, necesario para la normalización de las profesiones que requieren colegiación obligatoria, pero que aún debe matizarse y precisarse mucho para que sea verdaderamente eficaz. En A.M.A. somos muy sensibles a la opinión de los Colegios y estamos muy comprometidos con la defensa de los derechos de sus colegiados. Así que, tenga por seguro que intentaremos representarlos y defenderlos en todos los foros donde nos sea posible hacerlo •

[FERNANDO SUÁREZ BILBAO]

“Las universidades son el motor del cambio social y económico”



Fernando Suárez Bilbao es, desde hace unos meses, Rector de la Universidad Rey Juan Carlos. Catedrático de Historia del Derecho de la URJC. El nuevo rector electo cuenta con una amplia experiencia en la gestión universitaria. Fernando Suárez es licenciado en Geografía e Historia y Doctor en Filosofía y Letras por la Universidad Autónoma, licenciado en Derecho por la Universidad Complutense y doctor en Derecho por la Universidad Rey Juan Carlos. También es académico correspondiente de la Real Academia de la Historia y de la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación y miembro de número de la Sociedad de Estudios Medievales -

María José García

“Odontólogos de Hoy”: ¿Cuáles son los retos que afronta desde su nuevo cargo como rector de una universidad joven como es la URJC?

FERNANDO SUÁREZ BILBAO: Han transcurrido apenas once años desde que la Universidad se dotó de su propia autonomía. La Universidad experimentó en sus primeros años una etapa de crecimiento propiciado por los cambios legislativos, una época de expansión económica y un contrato programa firmado con la Comunidad de Madrid y basado en objetivos docentes y de investigación que permitió su expansión. Paralelamente, la extensión de la sociedad de la información y el conocimiento ha ido generando en el contexto universitario español y madrileño una competitividad entre Universidades basada en la visibilidad y el reconocimiento académico y científico.

Estos momentos, la situación actual de crisis económica y las incertidumbres que se plantean en el sistema universitario, obligan a realizar una reflexión sobre cómo afrontar los retos del futuro, en un contexto de

incertidumbre económica sobre los recursos y de fuerte competitividad entre las Universidades por la captación de esos recursos y por el posicionamiento nacional e internacional, por la visibilidad de las instituciones universitarias.

En este contexto, se hace, por tanto, imprescindible una reflexión sobre cómo afrontar esas incertidumbres, y lograr, a largo plazo, la sostenibilidad financiera y la consolidación de nuestra oferta académica y competitividad investigadora que nos permita afrontar con éxito el posicionamiento de la URJC entre las mejores Universidades de España.

ODH: ¿Cuáles son sus próximos proyectos como gestor de la URJC?

F.S.B.: Desde la perspectiva de los retos planteados, nuestros proyectos van encaminados a conseguir superar los retos planteados: la sostenibilidad financiera de nuestra institución, la consolidación y ajuste a la demanda social de nuestra oferta académica y nuestro posicionamiento, y la visibilidad de nuestra investigación desde

el punto de vista nacional e internacional.

ODH: En la actualidad vivimos tiempos convulsos en materia educativa, desde su punto de vista ¿cuáles son los compromisos/problemas que debe afrontar la Universidad Española?

F.S.B.: La Universidad Española en su conjunto está afrontando el escenario de crisis en el que nos encontramos inmersos desde hace ya tiempo. La inadecuada financiación y la congelación de la oferta de empleo público determinan un complicado escenario. Por un lado, es difícil establecer estrategias en un contexto de incertidumbre financiera. Por otro, la falta de perspectiva del profesorado sobre su carrera académica plantea un futuro poco alentador. Además, se hace necesario realizar un examen sobre los primeros resultados del proceso de Bolonia, detectar los posibles fallos en su implantación y corregirlos. Las Universidades son motores del cambio social y económico, y como tales debemos afrontar el compro-

miso, aun en estos complicados momentos, de ofrecer una formación de calidad, de investigar, de innovar. De trabajar para, desde el esfuerzo y el talento que acumula, ayudar a revertir esta situación. Y los poderes públicos deben entender que la Universidad, la formación que imparte y la investigación que realiza no constituyen un gasto, sino una inversión. La inversión en la formación de nuestro capital humano es primordial para salir de la crisis y afrontar el futuro con esperanza, sobre unas bases sólidas.

ODH: ¿Qué ofrece la Universidad pública frente a las privadas?

F.S.B.: La Universidad Rey Juan Carlos ofrece una amplia oferta académica de calidad contrastada. En los estudios de Odontología, nuestros recursos, tanto humanos como materiales, son excepcionales, con una formación teórica y práctica de altísimo nivel. El Campus de Alcorcón, donde radica la Facultad de Ciencias de la Salud y se imparte odontología, tiene unas dotaciones excepcionales y un profesorado altamente preparado.

ODH: En estos momentos, en algunas carreras como es el caso de la de Odontología se debate la necesidad de la implantación de las especialidades. ¿Es el entorno universitario el más adecuado para este tipo de estudios?

F.S.B.: Sin duda, la Universidad, por las razones expuestas, es el lugar idóneo para llevar a cabo la formación de profesionales altamente cualificados, con una formación específica del nivel requerido por nuestra sociedad. Por nuestro personal docente, por nuestra vinculación con los profesionales del sector, por nuestras instalaciones y por nuestra investigación.

ODH: ¿Cuál es la importancia que la URJC da a los programas de postgrado? Y a la investigación? ¿Tiene previsto realizar cambios en estos aspectos?

F.S.B.: El cambio fundamental para los próximos años será la puesta en marcha y consolidación de la Escuela Internacional de Doctorado, haciendo coincidir la estrategia en materia de investigación de la Escuela con la estrategia de investigación de la Uni-

versidad, con un marcado carácter interdisciplinar y multidisciplinar y una clara estrategia de internacionalización. La creación y consolidación de la Escuela Internacional de Doctorado, junto con el cambio de la estructura organizativa de gestión y apoyo a la investigación realizada, con la creación de dos vicerrectores, son una muestra de nuestra apuesta por el crecimiento de nuestra investigación y de nuestra formación doctoral.

ODH: A nivel personal, ¿qué supone para usted ocupar el puesto de Rector en la URJC?

F.S.B.: Soy, ante todo, un profesor universitario. Ser rector de la Universidad Rey Juan Carlos, a la que he pertenecido desde sus orígenes, es para mí un gran honor, y una enorme responsabilidad.

ODH: El mayor activo de la Universidad pública española es su personal. ¿Qué actuaciones le gustaría llevar a efecto en relación con la gestión de personal?

F.S.B.: En los últimos años, los recortes presupuestarios nos han obligado a realizar grandes sacrificios. Además, la congelación de la Oferta de Empleo Público, limitada al 10% de la tasa de reposición, en una Universidad joven como la nuestra, limita las legítimas expectativas de nuestro personal. Sin embargo, las dificultades del momento no impiden llevar a cabo políticas de personal que por un lado, mejoren las expectativas y las condiciones de nuestro personal, y por otro, ayuden a la mejora continua de nuestra gestión, nuestra docencia y nuestra investigación.

Actuaciones como planes de incentivos a la docencia y a la investigación, la implantación de un sistema de gestión por objetivos, la elaboración de una nueva Relación de Puestos de Trabajo, serán algunas de nuestras primeras actuaciones, teniendo como fin último equilibrar la sostenibilidad económica con la estabilidad de nuestra estructura de personal y la consolidación de una plantilla profesionalmente preparada e implicada en los retos que tenemos planteados como institución.

ODH: ¿Qué proyección social de su Universidad le gustaría pilotar?

F.S.B.: En primer lugar, y como universidad pública que somos, garantizar la igualdad de oportunidades y el acceso a la formación universitaria de calidad es nuestra principal prioridad.

En segundo lugar, la confianza en los valores del hombre, en el humanismo, y en la universalidad y la transversalidad del saber. Esa realidad y esa visión nos han impulsado a incluir formación transversal en todas las titulaciones, y aspirar a ser una universidad socialmente responsable en todas sus facetas: gestión, docencia e investigación. La concepción del saber desde una concepción transversal nos ha empujado a ser la primera universidad española en oferta de dobles grados, y la universalidad a reivindicar el papel de las universidades generalistas.

Esta concepción generalista no es incompatible con la apuesta por la especialización. Nuestras disciplinas van ocupando posiciones en el panorama nacional e internacional: fisioterapia, medioambiente, ciencias de la tierra, odontología y otras de nuestras áreas científicas van ocupando los primeros puestos en producción científica nacional. En este sentido, generar conocimiento científico de calidad contrastada al servicio de la cultura, de la ciencia y del desarrollo social y económico y realizar una investigación capaz de proporcionar transferencia de conocimientos y de tecnología que revierta en la mejora del tejido industrial y empresarial de nuestra sociedad, son objetivos irrenunciables de cualquier universidad pública. Para la URJC es un objetivo prioritario, y constituirá junto con la mejora continua de nuestra calidad docente nuestra meta fundamental para los próximos años.

ODH: ¿Cree que los ciudadanos españoles reconocen la contribución de la Universidad a la sociedad?

F.S.B.: Los españoles son plenamente conscientes del papel fundamental de la Universidad como motor del progreso social, cultural y económico de la sociedad, y de su contribución a la mejora de la calidad de vida, la formación y la cultura a través de su docencia y su investigación •

[MARGARITA ALFONSEL]

“El sector de la tecnología sanitaria goza de buena salud en nuestro país”



La innovación y la internacionalización son las dos apuestas clave para el desarrollo del mercado de la tecnología sanitaria. Margarita Alfonso, secretaria general de Fenin desde 2002, aboga por políticas de fomento de ambas, para volver a situar a España como referencia de liderazgo y competitividad en los mercados internacionales. Margarita Alfonso, una profesional con una larga trayectoria como investigadora, y más tarde, como gestora es, desde 2007, Secretaria General del Patronato de la Fundación Tecnología y Salud, Fundación promovida por la Federación Española de empresas de Tecnología Sanitaria. También es patrono de la Fundación IDIS, Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, y patrono de la Fundación OTIME, Oficina Técnica Internacional del Medicamento y la Salud.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

“Odontólogos de Hoy”:

¿Cuál es el “estado de salud” del sector de Tecnología Sanitaria en nuestro país? Y más concretamente, ¿cuál es la situación de la industria dental en España?

Margarita Alfonso:

Desde hace más de 30 años el sector de Tecnología Sanitaria ha ido consolidando su influencia en el ámbito de la política sanitaria. Hoy en día, nuestro sector se apoya en dos hechos fundamentales: la innovación y la internacionalización. La innovación constituye la razón de ser del sector de Tecnología Sanitaria y las empresas invierten una media del 9,5% de su facturación en I+D+I, dirigida tanto a la mejora de productos o servicios como a la de procesos. Y este esfuerzo inversor es especialmente relevante en el caso de las pymes, auténtico núcleo del tejido empresarial español. Estas características han favorecido la presencia de tecnología sanitaria española en los mercados exteriores.

Con todo ello, podemos decir que la tecnología sanitaria en España goza de “buena salud”, constituye un sector de alto contenido tecnológico y valor añadido que cuenta con una base sólida de crecimiento y un grupo de profesionales altamente cualificados.

Pero es un sector que está cambiando y que puede paralizarse si las decisiones políticas ignoran su alto valor estratégico: a la ya preocupante situación de morosidad de las CC.AA. que limita la liquidez y capacidad operativa de las empresas del sector, tenemos que sumarle la aún pendiente de ejecución de la sentencia del

SIMPOSIO 2014

VALORES SEPES

Madrid, 31 enero - 1 febrero

HOTEL MELIÁ CASTILLA - c/ CAPITÁN HAYA, 43

ACTUALIZACIÓN EN TRATAMIENTOS ESTÉTICOS

9 Valores SEPES
+
1 ponente invitado

Viernes 31 - Enero



DR. VICENTE BERBÍS
Agnesia del Incisivo
Lateral Superior: opciones
restauradoras



DR. RAMÓN
GÓMEZ MEDA
Preservación o extracción
en el sector anterior



DR. FERNANDO REY
Manejo del sector
anterior con composites



DR. DAVID GARCÍA
Tratamiento
multidisciplinar
del sector anterior



DR. RAMÓN ASENSIO
Pónticos ovoides y
pilares sin margen como
alternativa restauradora
en implantes anteriores



DRA. LOLI GALVÁN
Transición terapéutica en
Rehabilitaciones Estéticas

Sábado 1 - Febrero



DRA. EVA BERROETA
Protocolos predecibles
para obtener estética
en el frente anterior con
implantes



DR. ÓSCAR GONZÁLEZ
Manejo de
complicaciones estéticas



DR. JON GURREA
Pasos sencillos en toma
y transmisión de color en
restauraciones indirectas



DR. IGNAZIO LOI
B.O.P.T. Un nuevo enfoque
para prótesis fija

Inscríbete en
www.sepes.org



TARIFAS DEL CURSO

Hasta el 20 de enero:
Socios: 30 €
SEPES Jr*: 20 €
Amigos SEPES**: 75 €
No socios: 150 €

* Se considera SEPES Jr. a los socios de SEPES menores de 30 años.

** Se considera Amigos SEPES a los socios de SEPA, SECIB, SCOE, SOCE, SEOC, OMD, COEM y COELP

c/ Rey Francisco, 14 - 5º Dcha. • 2808 Madrid • 91 576 53 40 • sepes@sepes.org

Tribunal de Luxemburgo que obliga a España a aumentar en once puntos el tipo de IVA de los productos sanitarios, cambiando el gravamen de tipo reducido a tipo general.

Con respecto a la industria dental, y de acuerdo a los datos publicados anualmente por ADDE/FIDE (Federación Europea de la Industria Dental), España se sitúa en el cuarto puesto en Europa dentro del mercado dental, por delante de Reino Unido. Al igual que otros ámbitos, el sector se ha resentido de una crisis que alcanzó su cuota máxima en el año 2009, pero de la que ciertos segmentos, como en el ámbito de Implantología, han comenzado a recuperarse, aunque sin llegar a alcanzar la cuotas máximas de 2008.

Sin duda, la entrada en vigor de los nuevos tipos impositivos tendrá una repercusión negativa en esta incipiente recuperación.

ODH: *Nos encontramos en un grave momento de crisis, a la que tratan de hacer frente todos los sectores, ¿cuáles son las acciones que propone Fenin a sus asociados para tratar de contrarrestar los efectos de esta situación?*

M.A: El sector de Tecnología Sanitaria es ahora más consciente que nunca de que la inversión en innovación es su principal activo. Sin I+D+I y productos y soluciones adaptados a las necesidades reales del Sistema no podremos superar el entorno adverso, posicionarnos estratégicamente como país, competir en el mercado y fortalecer nuestra economía.

Desde Fenin ponemos las herramientas necesarias para que las empresas apuesten por la innovación. En el contexto económico actual, desde el departamento de Internacional & Innovación de Fenin, o desde la propia Plataforma Española de Innovación en Tecnología Sanitaria, alentamos numerosas acciones de cooperación y transferencia tecnológica capaces de garantizar la supervivencia empresarial y aumentar su competitividad en el mercado, cada día más inestable.

Con todo ello, abogamos por implantar verdaderas políticas de fomento y protección de la innovación para volver a situar a España en una posición de liderazgo y competitividad en los mercados internacionales.

ODH: *Acaban de firmar un acuerdo con Casa América para el impulso de la industria sanitaria en el continente americano ¿En qué consistirán esas acciones?*

M.A: Ambas instituciones hemos iniciado el camino para favorecer la proyección en el continente americano del sector español de Tecnología Sanitaria.

En una primera fase, organizaremos ponencias, talleres y mesas redondas dirigidas a promocionar el sector español de Tecnología Sanitaria, y presentar las oportunidades que se ofrecen al otro lado del Atlántico.

Con este acuerdo continuamos nuestra estrategia de poner en marcha nuevas acciones de cooperación y de transferencia tecnológica de utilidad, no sólo para el sistema sanitario español, sino también al de otros países.

ODH: *Las cifras indican que las empresas del sector de tecnología sanitaria están tratando de compensar la caída del mercado interior con el incremento de sus exportaciones, ¿Están las empresas españolas de tecnología sanitaria suficientemente preparadas para la internacionalización de su actividad?*

M.A: Innovar y vender en los mercados exteriores es de enorme importancia para asegurar el desarrollo de las empresas, especialmente en momentos de crisis con fuerte retroceso de la demanda interna. Como apuntaba antes, mientras el comercio nacional está casi estancado o en recesión, la exportación de las empresas innovadoras crece tres veces más deprisa y seis de cada diez empresas nacionales han decidido apostar por los mercados exteriores.

Desde Fenin orientamos a las empresas del sector hacia los mercados exteriores que presentan mayores oportunidades de negocio, organizando ferias y misiones comerciales o actuando como fuente de información del sector en lo relativo a cambios regulatorios y aspectos comerciales.

ODH: *¿Cree que las empresas españolas apuestan como debieran por el I+D+i? ¿Se sienten apoyadas a nivel institucional?*

M.A: La innovación no es un camino fácil, como bien saben las empresas españolas del sector de Tecnología Sanitaria. La experiencia confirma la necesidad de buscar nuevas fórmulas de negocio que permitan incrementar la inversión en innovación, mejorar la eficiencia sin que entre en riesgo la calidad de las prestaciones, optimizar la productividad e introducir indicadores para medir los resultados en salud de esas innovaciones.

Con todo, el gasto medio en innovación de las empresas del sector, según un reciente estudio que hemos elaborado en Fenin, crece hasta el 9,5%, mientras que la inversión de las administraciones e instituciones públicas se reduce drásticamente. Si hablamos del contexto de la innovación, el 40% de las empresas suelen encontrar dificultades para obtener recursos financieros y un 35% considera que la innovación está asociada a un alto coste.

ODH: *Fenin es uno de los impulsores de Expodental, la cita más importante del sector a nivel nacional, que atrae a muchas firmas internacionales. ¿Cuál cree que será la principal apuesta de las empresas que acudan al evento?*

M.A: También señalar que es la segunda cita más relevante en el ámbito internacional y ya está convocada la próxima edición de Expodental, el Salón Internacional de Equipos Productos y Servicios Dentales, que celebrará su décimo tercera edición entre el 13 y 15 de marzo de 2014. En esta ocasión veremos los últimos avances que se han producido en la práctica odontológica, como la utilización de la cirugía guiada, la aplicación del CAD/CAM en fabricación de prótesis dentales, la utilización de nuevas tecnologías restauradoras con materiales más estéticos, y tratamientos regenerativos que aceleran la recuperación del paciente, por poner sólo algunos ejemplos.

ODH: *¿Cómo son las relaciones entre las Administraciones públicas y las empresas de tecnología sanitaria?*

M.A: Desde Fenin estamos en permanente contacto con las administraciones para garantizar la supervivencia no sólo de nuestro sector, sino de todo el tejido industrial de nuestro país, y

estoy
en el
dentista

Si, está en su consulta y se siente bien, calmado, sin estrés, completamente tranquilo. Porque ahora, Parker Porter e Intra-Lock Iberia ponen a su alcance la tecnología líder en Sedación Consciente por Inhalación de Óxido Nitroso y Oxígeno.

El Sistema Matrix logra la máxima relajación, elimina la ansiedad de su paciente y, a su vez, le proporciona el tiempo preciso para realizar cualquier intervención. Sin instalación previa, móvil, cómodo y de fácil manejo. Todo, con la fiabilidad y seguridad que solo Parker Porter puede ofrecerla. Tecnología e innovación para las personas. Porque hay clínicas que sí se preocupan por el control del dolor y la ansiedad de los pacientes. Bienvenido a su nueva Clínica.

INTRA-LOCK IBERIA **Matrix** by **Parker**

(+34 917 216 730 | dib@dib.es | www.dib.es)

federación española
de empresas de
fenin **TECNOLOGÍA SANITARIA**

apostar por un marco de estabilidad y confianza que atraiga la inversión, garantice la innovación y volvamos a recuperar la posición en los mercados internacionales.

La colaboración con las distintas administraciones ha sido siempre un valor en Fenin, y estamos seguros de que, entre todos, podremos encontrar soluciones para defender los intereses no sólo de la industria, sino sobre todo, de los pacientes y del sistema sanitario en su conjunto.

ODH: *El debate político sobre la sanidad española, ¿Cómo afecta a la industria de tecnología sanitaria?*

M.A: En los últimos cinco años el panorama económico ha cambiado radicalmente, y ha abierto un escenario árido y complejo que exige la toma de decisiones acordes a la situación y a las demandas actuales.

La realidad que estamos viviendo y los retos del futuro obligan a dotar al Sistema Nacional de Salud de una financiación finalista, realista, suficiente, estable y homogénea entre las Comunidades Autónomas. Y esta es la bandera que guía las actividades de Fenin.

Desde el sector apostamos por una visión estructurada del sistema sanitario, evitando la toma de decisiones puramente economicistas y de actuación inmediata. De nada sirve apostar por adquirir tecnología sanitaria utilizando como único criterio de valoración el precio; esta forma de contratación pública no sólo limita la innovación, destruye tejido industrial, sino que mina cualquier concepto de actuación eficiente y preocupada por la seguridad del paciente.

ODH: *La demora en los pagos a la industria por parte de las administraciones públicas ¿cómo afecta al sector dental?*

M.A: Mientras el sector en su conjunto, como proveedor de la sanidad pública mantiene este asunto como prioridad de trabajo, podemos afirmar que el sector dental es un tanto particular en este aspecto, ya que no se encuentra tan afectado por la alta morosidad de las Administraciones Públicas, puesto que sólo va dirigida a universidades o centros sanitarios para las prestaciones de los distintos Planes de Salud Bucodental de las Comunidades Autónomas.

No obstante, sí hemos detectado un incremento considerable del volumen de impagados en el ámbito privado en 2012 con respecto al año anterior.

ODH: *Los dentistas en España ¿saben aprovechar las posibilidades de la tecnología en su práctica diaria?*

M.A: Como hemos comentado, en los últimos años hemos vivido grandes avances en la Odontología que están permitiendo realizar mejores diagnósticos y tratamientos de las enfermedades.

Entendemos que los dentistas, a los que nos une una excelente relación institucional, colegiada, valoran la tecnología como un instrumento de alto valor para el tratamiento de sus pacientes. Son muchas las ocasiones en las que compartimos foros donde realizamos una puesta en común sobre los temas de interés de ambas partes.

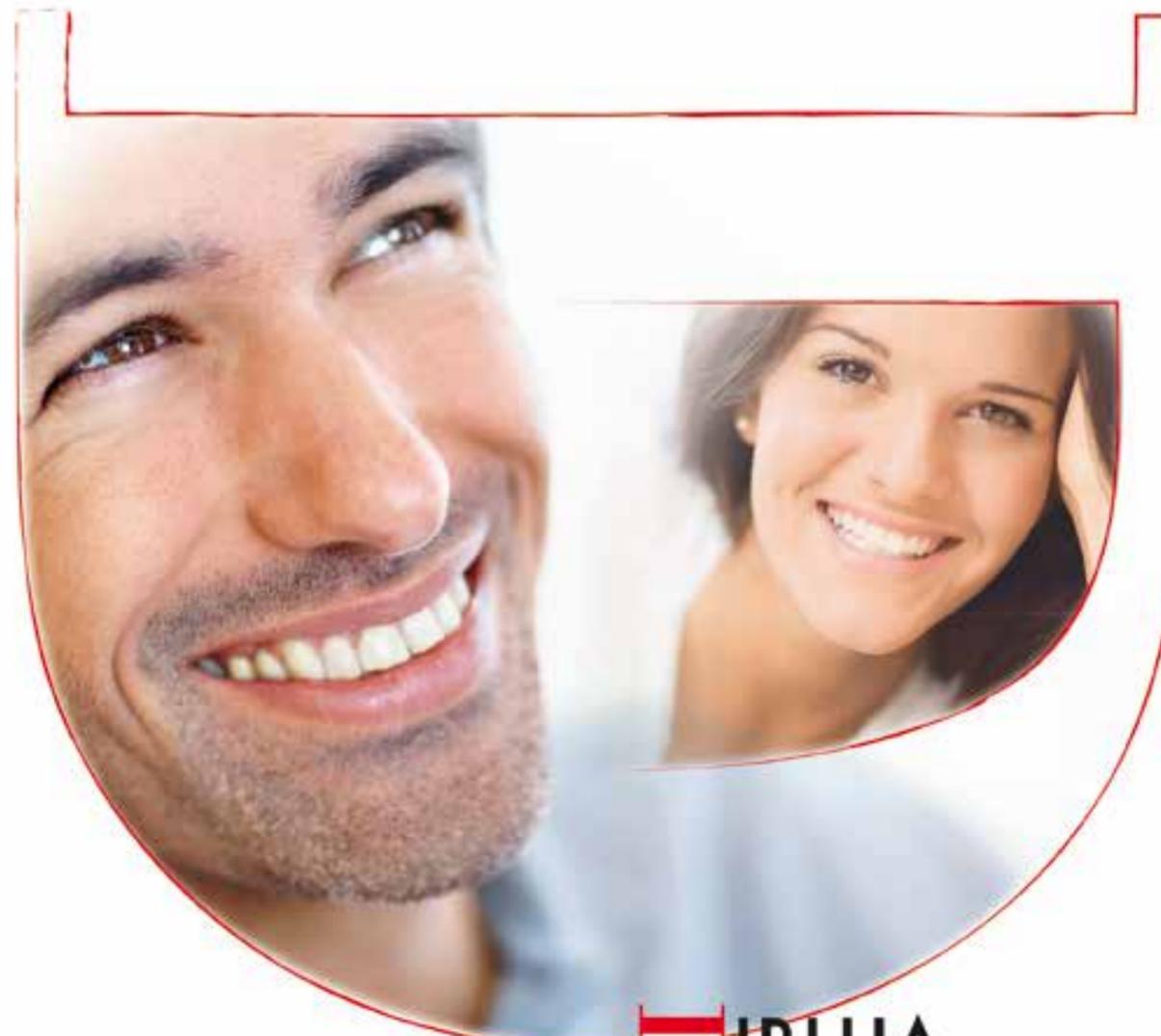
La tecnología supone una mejora sustancial de la calidad de vida de los pacientes, y colabora en una implantación de procesos más eficientes en las clínicas dentales y en los laboratorios protésicos. Su valor es indudable •

ORGANIZA



13-15
Marzo
2014

EXPODENTAL
SALÓN INTERNACIONAL DE EQUIPOS,
PRODUCTOS Y SERVICIOS DENTALES



IBUJA
UNA SONRISA

PROMUEVE

federación española
de empresas de
fenin **TECNOLOGÍA SANITARIA**

www.expodental.ifema.es

LÍNEA IFEMA

INFOIFEMA 902 22 15 15
expodental@ifema.es

[ANTÓN SANZ, GERENTE DE ANTON S.L.]

“Nuestra estrategia se centra en el cliente para ayudarlo a colocar su negocio en la vanguardia del mercado”



El azar y el destino condujo a Antón Sanz a la industria del sector dental. Tras diferentes actividades profesionales, en 1993 decidió fundar Suministros Dentales Antón, gracias al apoyo de los profesionales del sector, odontólogos, estomatólogos y fabricantes de equipos y de las personas que formaron su grupo de trabajo. Hoy en día, tras 20 años de intensa actividad puede decir con orgullo que sigue contando con todas y cada una de aquellas personas y todas las que se han ido incorporando a lo largo de todo este tiempo • **REDACCIÓN**

"Odontólogos de Hoy":

Antón es una empresa que comenzó su andadura en la industria dental española en 1993, ¿cuáles son los cambios que apreciáis en el sector de la odontología desde vuestros inicios hasta la actualidad?

Antón Sanz: Suministros Dentales Antón se fundó hace ya 20 años, pero una parte de los que formamos la empresa llevamos ya más de 30 años en el sector. Los cambios durante estos años han sido muchísimos, tanto en la industria como en las clínicas y laboratorios. A nivel industrial, el desarrollo de nuevos materiales ha sido impresionante. Para que te hagas una idea, en nuestro sistema y almacén, en la actualidad, tenemos más de 50.000 referencias, y hace 30 años apenas teníamos 1.000. Esto ha obligado a los profesionales del sector dental a seguir una formación continua en lo que respecta a la utilización y manejo de nuevos materiales, tales como, implantes, hueso sintético, sistemas mecánicos para endodoncia, láser, materiales de restauración, impresión, etc. Por otro lado, el desarrollo de los sistemas digitales de radiología 2D, 3D y escáneres han revolucionado el mercado, y realmente, no tiene nada que ver, ni la forma de trabajar, ni los tratamientos de hace 30 años con la actual. Las clínicas y los profesionales han ido evolucionando, al igual que los pacientes, que hoy en día disponen de más información y son conocedores cada vez más de este sector.

ODH: *¿Considera que la innovación tecnológica ha supuesto un antes y un después en la industria del sector dental?*

A.S: El cambio en las clínicas ha sido total en todos los niveles; tratamientos, diagnósticos, elaboración de prótesis, comunicación con los pacientes, diseño de las clínicas, esterilización y limpieza de instrumental, etc. Y las nuevas tecnologías e Internet, han hecho que todo cambie radicalmente, tanto en las clínicas y laboratorios, como en las empresas de distribución, que no tienen nada que ver con aquel depósito dental al que se acercaban los profesionales a comprar aquel pequeño abanico de instrumentos y materiales. Hoy en día disponemos de la última tecnología para ofrecer un servicio de calidad, los avances informáticos en sistemas de gestión y en logística nos permiten suministrar en menos de 24 horas, todo tipo de materiales y aparatología.

ODH: *En estos momentos atravesamos una complicada situación económica, ¿cómo ha influido la crisis actual en el sector dental? ¿y en su empresa?*

A.S: El sector dental ha sufrido un estancamiento lógico, ya que, aparte de tratamientos de salud, hoy en día, una parte importante de los tratamientos son de carácter estético, y con la disminución en el consumo en general, es un apartado que se deja para momentos económicos más favorables. Pero toda crisis supone una oportunidad de mejora, y en nuestra empresa, nos está sirviendo para profesionalizarnos más y ajustar y optimizar apartados a los cuales no les dábamos tanta importancia en épocas de bonanza económica.

ODH: *Desde su punto de vista, ¿cuáles son los mecanismos que se deberían articular para superar este complicado momento de mercado? En su caso, ¿cuáles son las estrategias comerciales que usan para mantener sus cifras de negocio?*

A.S: Como baza importante, las clínicas que financieramente puedan, deben seguir invirtiendo en moder-



ANTÓN Y SU HIJA GARBINE EN UNA JORNADA DE TRABAJO EN SUS OFICINAS

nizarse tecnológica y estéticamente para estar en cabeza cuando se vaya saliendo de esta recesión económica. En cuanto a nuestro negocio, continuamos apostando por un mejor servicio y una formación continua de todos nuestros departamentos, técnico, comercial, administrativo y financiero, para poder seguir siendo una empresa de referencia.

Por otro lado, como bien dices, en nuestra empresa en estos años que llevamos de recesión económica, hemos mantenido nuestra cifra de negocio. Creo que el secreto ha sido el segmento de mercado al que nos hemos dirigido. Desde nuestro inicio nos hemos decantado por atender la demanda y necesidades de esa clínica nueva y tradicional, con profesionales altamente cualificados, para lo cual hemos intentado ser sus compañeros de viaje, y hemos puesto en sus manos la última tecnología y todos los materiales que necesita para su actividad a unos precios muy competitivos. Precios igual de competitivos a los que puedan acceder todas las franquicias y compañías de seguros al comprar a empresas de distribución nacional e internacional, pero con una gran diferencia, que es el aseso-

ramiento de nuestro equipo comercial y técnico, altamente cualificado. Nuestra estrategia se resume en estar cerca de nuestro cliente, facilitarle su día a día, e intentar ayudarlo para que su negocio esté a la vanguardia.

ODH: *Antón es una empresa radicada en el País Vasco, que opera fundamentalmente en el norte de España. ¿Tienen planes de expansión?*

A.S: Sí, nuestro ámbito de actuación es País Vasco, Navarra, Cantabria y provincias limítrofes, con una idea clara de seguir en estas zonas; como bien dice el refranero, quien mucho abarca poco aprieta. Nuestra idea es seguir siendo líderes en atención y asesoramiento comercial, y ofrecer un servicio técnico propio muy cualificado, como no lo tiene ninguna empresa de nuestra competencia. Pero además, como no nos podemos quedar atrás, necesitamos tener la misma capacidad de compra y marketing que nuestra competencia, y es por ello que desde hace ya catorce años colaboramos con otros depósitos regionales para compartir servicios de marketing y logística y así ser

tan competitivos o más que empresas más grandes que las nuestras.

ODH: *Expodental, la feria de referencia del sector, se celebra en marzo del próximo año, ¿qué representan este tipo de eventos para las empresas distribuidoras como Antón?*

A.S: Para nosotros, como empresa, representa un lugar de encuentro con un número importante de profesionales, que se acercan para ver in-situ la última tecnología. Y aunque ahora, es verdad que gracias a las nuevas tecnologías de comunicación y a la disponibilidad de información en la red, ya se conocen casi todos los productos, es innegable que siempre es más atractivo el verlo físicamente y tener un trato directo para poder mostrar las novedades.

ODH: *¿Cómo ve la evolución del sector dental en los próximos años en nuestro país?*

A.S: Con un avance imparable de las nuevas tecnologías, tanto científicas como de comunicación, por lo que es necesario estar abiertos al cambio. Pero si te digo la verdad, espero estos próximos años con mucha ilusión, ya que estamos ante grandes profesionales y ante una juventud muy preparada para hacer frente a todos estos cambios.

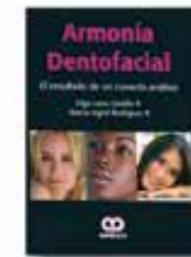
ODH: *¿Cree que los dentistas son buenos gestores a la hora de comprar?*

A.S: Está claro que los que nos compran a nosotros sí, pero, bromas aparte, en general, los dentistas no han sido muy buenos gestores, y en parte es normal, ya que su día a día y su formación médica, no les dejaba tiempo para gestionar y formarse a nivel de marketing, compras, gestión, etc. Pero el mercado ha cambiado y hoy en día no les queda más remedio que aprender a gestionar, para poder ser competitivos frente a grandes franquicias y seguros dentales que disponen de más facilidades para gestionar una clínica dental como un negocio, que en realidad es lo que es. Y es justo en este ámbito, en el que cuentan con nuestro total apoyo y asesoramiento. Para ser honesto, creo que están poniéndose al día a pasos agigantados y las nuevas generaciones vienen cada vez más preparadas en este aspecto.

ODH: *Estamos en una situación complicada económicamente, ¿cómo ve el futuro inmediato en el sector?*

A.S: La situación claramente es complicada, pero el mundo no se ha parado, hay indicios de que hemos tocado fondo, y creo y espero que salgamos reforzados y con la lección aprendida. En general, cada vez hay más interés y preocupación por cuidarse la boca, tanto por salud como por estética, así que entiendo, que en el momento que salgamos de esta crisis, se volverá a invertir en la salud dental. En cuanto a las empresas de distribución, ya se está produciendo un reajuste, los que hemos apostado por seguir reinventándonos espero que salgamos reforzados ●

“ En general, cada vez hay más interés y preocupación por cuidarse la boca, tanto por salud como por estética, así que entiendo, que en el momento que salgamos de esta crisis, se volverá a invertir en la salud dental. ”



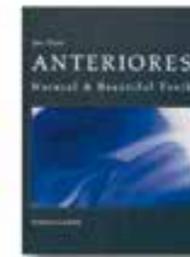
Armonía Dentofacial
Autor: Giraldo



3D Composites Natural Shading & Shaping
Autor: Ulf Krueger-Janson



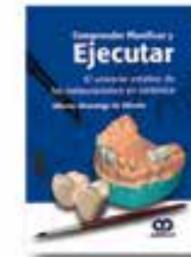
Reconstrucción de cabeza y cuello
Autor: Mark Urken



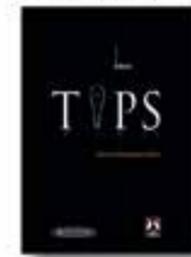
Anteriores: Natural & Beautiful Teeth
Autor: Jan Hatjót



Manual de fotografía clínica para el odontólogo
Autor: M. Salgado



Comprender, Planificar y Ejecutar
Autor: A. Alvarenga



Tips: Claves en odontología estética
Autor: R. Hirata



Periimplantitis: Nuevo enfoque diagnóstico clínico y tto.
Autor: J.T. Sánchez



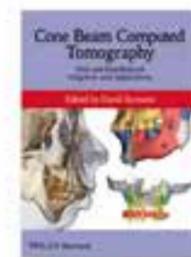
Preparaciones para prótesis fija
Autor: P. Milleding



Tratamiento ortodóntico de dientes retenidos
Autor: A. Becker



Cirugía Craneofacial (2 Vols.)
Autor: J. Cantini



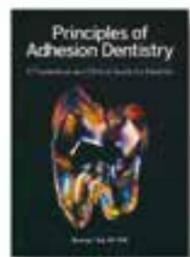
Cone Beam Computed Tomography
Autor: D. Sarment



La Fascinación de la cerámica integral
Autor: Oliver Brix



Sistema estomatognático
Autor: A. Manns



Principles of adhesion dentistry
Autor: Byoung Suh



Desarrollo del sitio implantar
Autor: M. Sonick



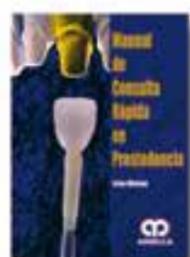
Técnicas de regeneración y reconstrucción en cirugía implantar
Autor: Di Stefano



Implantología Contemporánea
Autor: Carl Misch



Atlas de cirugía periodontal cosmética y reconstructiva
Autor: E. Cohen



Manual de consulta rápida en prosthodoncia
Autor: Irfan Ahmad



[DOCTORA IVETTE TEIXIDOR]

Natural de Girona, Ivette Teixidor se licenció en Odontología por la Universidad de Barcelona y ha cursado el máster de Medicina, Cirugía e Implantología Oral en la misma facultad. Lleva tres años ejerciendo como odontóloga -
REDACCIÓN



“Odontólogos de Hoy”:

Acabas de finalizar el Máster de Medicina, Cirugía e Implantología Oral. ¿Por qué decidiste cursarlo? ¿Qué ha significado para tí la realización de este programa de post-grado?

IVETTE TEIXIDOR: Decidí hacer el máster por dos motivos fundamentales. Primero porque siempre me ha encantado la cirugía y desde que empecé la carrera tenía claro que era a lo que me quería dedicar. Y el otro, porque con los tiempos que corren, es muy importante la especialización. Me gradué con más de 100 odontólogos, y en el máster, sólo con 7. El máster me ha hecho crecer no sólo a nivel profesional (que tres años son bastante duros), sino a nivel personal. Han sido tres años casi de dedicación exclusiva, y mis compañeros y profesores se convirtieron en mi nueva familia.

ODH: *Ahora que estamos en una etapa de debate sobre el tema de las especialidades y tú acabas de cursar una, ¿consideras que fuera de la Universidad se podría llevar a cabo este tipo de estudios?*

I.T: Fuera de la universidad se puede llevar a cabo “cualquier cosa”, pero lo importante es la calidad en que se dé. No es lo mismo tener todo un séquito de profesionales detrás tuyo, en el que su único cometido es formarte, que hacerlo en cualquier otra parte, donde probablemente los intereses sean otros.

ODH: *¿Cuál es tu opinión sobre la necesidad del establecimiento de números clausus en la profesión?*

I.T: Mi opinión en ese aspecto es clarísima. Es básico tener profesionales según la demanda. Estamos en una sociedad en que todo el mundo puede ser lo que quiera ser. De esta forma, no sólo se pierden valores fundamentales, como la vocación y la implicación, sino que la profesión queda desmerecida por un exceso de oferta. Lo que conlleva, además, a una abundante mano de obra, el abaratamiento de ésta, un descontento por parte del profesional que repercute a los pacientes que pueden acabar siendo sobretratados.

ODH: *Como estudiante de post-grado y como profesional de la odontología ¿qué es lo que pedirías a los representantes colegiales?*

I.T: Les pediría que se pusieran en nuestro lugar. Al decir nuestro me refiero al de los jóvenes odontólogos. Los nuevos licenciados que están luchando por hacerse un hueco en esta profesión, con ganas de trabajar y seguir formándose. Y eso sólo se consigue limitando el número de plazas y de facultades, evitando los contratos denominados “basura” en que se trabajan muchas horas por

poco dinero, regulando la apertura de clínicas dentales, en que la mayoría las abre un empresario y no un doctor, donde el único interés es el puramente comercial, etc.

ODH: *¿Cómo ves el futuro de la odontología en nuestro país? ¿Hay hueco para todos los profesionales que están saliendo al mercado o quizá haya que buscar algunas alternativas fuera de España?*

I.T: Como he repetido a lo largo de la entrevista, el futuro lo veo incierto, por no decir negro, negro. No hay suficiente hueco para todos e incluso el mercado fuera de España, a día de hoy, también está mal. Hay más odontólogos fuera de España que dentro, casi. Y eso no es justo. El estado se está gastando grandes cantidades de dinero en formar profesionales que después se van a ejercer a otro país. ¿Qué tipo de lógica tiene esto? Es como tener una empresa y formar a tus trabajadores para que se acaben yendo a empresas vecinas. Aún así, albergo la esperanza en que empiecen a surgir leyes y normativas que nos permita mejorar la odontología actual y que la profesión recupere su atractivo inicial •

nuevo

1 COMPLETO

DENTÍFRICO PARA COMBATIR LA SENSIBILIDAD

Sensodyne® comprende que los pacientes con hipersensibilidad dental tienen necesidades diferentes

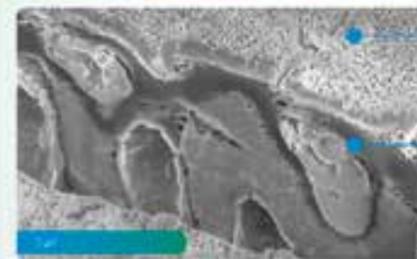
Sensodyne® Acción Completa, que contiene NovaMin®, proporciona un cuidado total con ventajas especialmente diseñadas para satisfacer las diferentes necesidades y preferencias de los pacientes. Con un cepillado dos veces al día, Sensodyne Acción Completa:

- Clínicamente probado para el alivio de la hipersensibilidad dental¹⁻⁶
- Contiene fluor para fortalecer el esmalte
- Ayuda a mantener una buena salud gingival⁴⁻⁶

Sensodyne® Acción Completa, que contiene NovaMin® – un enfoque avanzado para el alivio de la hipersensibilidad dental

- NovaMin®, una tecnología que proporciona fosfato y calcio, pone en marcha una cascada de eventos en contacto con la saliva^{7,12} que provoca la formación de una capa reparadora similar a la hidroxiapatita sobre la dentina expuesta y en el interior de los túbulos dentinarios.^{7,9-13}
- Los estudios *in vitro* mostraron que la capa similar a la hidroxiapatita empieza a formarse desde el primer uso^{7,9} y es hasta un 50% más dura que la dentina.¹⁴
- La capa similar a la hidroxiapatita se une firmemente al colágeno en el interior de la dentina expuesta^{15,16} y se ha demostrado en estudios *in vitro* que es resistente a las agresiones orales químicas y físicas diarias,¹⁴⁻¹⁷ como la abrasión provocada por el cepillo de dientes¹⁶ y comidas y bebidas ácidas.^{14,17}

Los estudios *in vitro* demostraron que la capa similar a la hidroxiapatita se forma sobre la dentina expuesta y en el interior de los túbulos dentinarios.^{7,9,12,13}



Capa similar a la hidroxiapatita sobre la dentina expuesta
Capa similar a la hidroxiapatita en el interior de los túbulos de la superficie

Adaptado de Earl et al. 2011 (4) Imagen MEB de corte transversal *in vitro* de la capa similar a la hidroxiapatita formada por la aplicación super-saturada NovaMin® en salivas artificiales al cabo de 5 días (sin cepillado)¹²



Referencias:

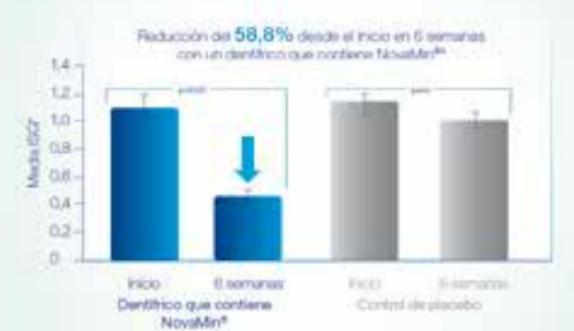
1. Du MQ et al. Am J Dent 2008; 21(4): 210-214. 2. Pradeep AP et al. J Periodontol 2010; 81(8): 1107-1113. 3. Sakari S et al. J Clin Dent 2010; 21(6): 80-87. Preparado en noviembre de 2011; 2(11):498-504. 4. Tai BJ et al. J Clin Periodontol 2008; 35: 86-91. 5. Davi MA et al. Int J Clin Dent Sci 2011; 2: 46-49. 6. Datos de archivo de GSK (archivo: 23900594). 7. La Torre O, Queriquel DC. J Clin Dent 2010; 21(2): 72-76. 8. Edgar WM. Br Dent J 1992; 172(3): 305-312. 9. Burwell A et al. J Clin Dent 2010; 21(4)* esp: 66-71. 10. Ehrlich SE et al. J Mass Soc Med 2002; 20(3): 337-338. 11. de Azevedo et al. J Mat Sci: Mat in Med 1998; 9(9): 999-1002. 12. Accor D et al. J Biomed Mater Res 2003; 66: 344-351. 13. Earl J et al. J Clin Dent 2011; 22(9)* esp: 62-67. 14. Peterson C et al. J Clin Dent 2011; 22(4)* esp: 74-81. 15. West NA et al. J Clin Dent 2011; 22(4)* esp: 82-85. 16. Earl J et al. J Clin Dent 2011; 22(4)* esp: 66-73. 17. Wang Z et al. J Dent 2010; 38: 400-410. 18. “Dentifricos” Encyclopaedia of Chemical Technology 4ª ed. vol 7, p. 1025-1030. de Morton Rodar Consumer Products Development Resources Inc. 19. Van der Weegen GA and Neukirch W. J Clin Periodontol 2006; 33: 626. 1/8: 214-228. Fecha de Preparación: Mayo 2012. GSK/AVCI/GENV/0231/12

Sensodyne® Acción Completa ayuda a mantener una buena salud gingival⁴⁻⁶

Una buena técnica de cepillado se puede mejorar con el uso de un dentífrico especialmente diseñado para ayudar a mantener una buena salud gingival.^{18,19}

En estudio clínico, los dentífricos que contienen NovaMin® han mostrado hasta una mejora del 16,4% en el control de la placa, así como una reducción significativa en el índice de sangrado gingival, en comparación con los dentífricos de control.⁴⁻⁶

Reducción significativa del índice de sangrado gingival (ISG) en 6 semanas con un dentífrico que contiene NovaMin®



Adaptado de Tai et al. 2008¹ Estudio clínico controlado, aleatorizado y de doble enmascaramiento de 96 voluntarios a los que se les proporcionó dentífrico con NovaMin® o dentífrico de placebo (dentífrico no activo sin NovaMin®) durante 6 semanas. Todos los sujetos se sometieron a un diagnóstico y profilaxis supragingival, además de ser instruidos sobre la técnica de cepillado.¹ *Escala de ISG de O'Leary.



Cuidado total para pacientes con hipersensibilidad dental¹⁻⁶

Bruxismo: La pandemia del siglo XXI

Dentro de las actividades parafuncionales del aparato estomatognático, se encuentran lo que se denominan episodios bruxísticos. Siguiendo la definición de la *American Academy of Orofacial Pain*, definiremos el bruxismo como toda aquella actividad con movimientos no funcionales, ya sean diurnos o nocturnos, en la que se aprietan, rechinan y crujen los dientes. (1)(Okesson)

AUTORES

Francisco Antonio García Gómez,
Jorge Cortés Bretón, Andrés Sánchez
Monestillo, Isabel Moreno Hay.

Aunque desde una perspectiva histórica el rechinar de dientes se ha descrito incluso en la Biblia, las primeras referencias en la literatura dental datan de los albores del siglo XX. El término bruxismo deriva del francés “bruxomanie”, sugerido en 1907 por Marie y Pietkiewicz (2), pero fue Frohman (3), en el año 1931, el primero que acuñó el término “Bruxismo”.

La prevalencia de esta patología, establecida por algunos autores entre el 6,5% y el 88% de la población, varía en función de la bibliografía consultada. De esta manera, actualmente se sitúa entre un 8 y un 31%. (4)(Manfredini 2013). Estas discrepancias dependen en alto grado de una serie de sesgos que inherentemente se introducen en los estudios; factores tales como la muestra de población examinada o la metodología diagnóstica establecida en dicho estudio. Según los autores revisados, el pico de incidencia de esta parafunción se encuentra entre la adolescencia y los 40 años, disminuyendo a partir de la 4ª década de la vida. (5)(González y leis..). Cabe destacar que el bruxismo es considerada la más destructiva de todas las actividades parafuncionales del sistema estomatognático y es aquí, precisamente, donde radica su importancia. (5)(Lobezzo)

A la hora de diagnosticar, y sobre todo tratar, el bruxismo debemos, no obstante, discernir entre el bruxismo diurno y nocturno, siendo estas dos entidades completamente distintas. Por un lado, en el bruxismo diurno o apretamiento, intervendrán además de los músculos temporal y masetero, los pterigoideos externos e internos, se observa una relación directa con acontecimientos estresantes y es considerado más patológico. (6) (Alhberg) (7) (Lang)

Por otro lado, en el bruxismo nocturno o rechinar, y a diferencia del bruxismo diurno, sólo intervienen los músculos masetero y temporal. Se considera una parasomnia que aparece sobre todo en las fases del sueño no REM 1 y 2, y en ocasiones en la fase de sueño REM; parece estar asociado con cambios fisiológicos relacionados con micro despertares parciales, y se caracteriza con sonidos audibles que alertan de esta parafunción a los compañeros de alcoba. A pesar de esto, no parece existir una relación directa entre el bruxismo y las situaciones de estrés. (8) Kato (9) (Kato 2013) (10) (Ferini)

OBJETIVOS

Los objetivos trazados en el presente artículo son:

- Analizar la etiología del bruxismo y las alteraciones derivadas de esta parafunción.
- Estudiar la relación entre el bruxismo y los desórdenes psicosociales, evaluando, si existiesen, diferencias entre bruxismo diurno y nocturno.
- Revisar los métodos disponibles para su correcto y certero diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la evidencia científica acerca del bruxismo, sus factores de riesgo, signos y síntomas, métodos diagnósticos y tratamiento.

Para ello se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica

en las bases de datos y fuentes de información Pubmed/Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews, Compludoc y Catalogo nacional C17.

Las palabras clave utilizadas fueron: “bruxism”, bruxism risk factor”, bruxism symptoms”, “bruxism diagnosis”, “bruxism treatment”.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La etiología del bruxismo aún no ha podido establecerse de forma clara. Se considera la etiología multifactorial como la más adecuada. Además, los artículos revisados se barajan factores oclusales, psicosociales y patofisiológicos. (5) Lobezzo (11) (Feu) (12) (Shetty)

Durante muchos años se habían considerado los factores oclusales como los principales desencadenantes del bruxismo. Las interferencias oclusales representarían un estímulo neuromuscular capaz de provocar movimientos de parafunción masticatoria. (13)Demir. No obstante, la mayoría de estudios actuales no avalan esta teoría. Manfredini y cols. (4)(14) en sus estudios de 2004 y 2013, sólo constataron cierta relación con interferencias mediotrusivas.

A lo que a los factores psicosociales se refiere, clásicamente se habían considerado el estrés como máximo desencadenante de esta parafunción.

Son numerosos los estudios revisados, tanto en personas como en animales, que constatan un aumento de la contracción maseterina ante situaciones de estrés. (15)(Rosales) (14) (Manfredini) Cabe destacar, no obstante, que la mayoría de estos estudios sólo establecen una relación directa con el apretamiento diurno, no estableciéndose, sin embargo, una relación estadísticamente significativa con el bruxismo nocturno. Así, autores como Pierce y cols. (15) observaron una falta de asociación entre bruxismo nocturno y estrés en un 92 % de la muestra estudiada.

También son numerosos los estados psicopatológicos que se han asociado comúnmente al bruxismo; síntomas tales como ansiedad, alteraciones afectivas, ataques de pánico, frustración o incluso síntomas depresivos y maníacos. (11)(Feu)

Por otra parte, son numerosos los autores que relacionan el bruxismo con una personalidad determinada. El perfil habitual de estos pacientes subsidiarios a sufrir bruxismo son pacientes poco sociables y de carácter hostil,

con un alto nivel educacional, introvertidos, con variaciones del humor, que suelen evitar el compromiso, aprehensivos y preocupados y con tendencia a la hiperactividad y a la agresividad. (16)(Kampe). Pingitore y cols. (17) ya en el año 1991, constataron que si a este tipo de personalidad le añadías estrés, podías predecir de manera relativamente fiable esta parafunción en estos pacientes.

Dentro de los factores psicosociales relacionados con esta parafunción, hay autores que relacionan el bruxismo nocturno con otras alteraciones del sueño. En esta línea, autores como Kato y cols. (8) e Inano y cols. (18), observan el bruxismo asociado a parasomnias violentas y trastornos del despertar parcial (terrores nocturnos, sonambulismo.)

Por último, en cuanto a la etiología del bruxismo se refiere, son numerosos los autores que preconizan factores patofisiológicos como desencadenantes de esta parafunción. De este modo, alteraciones en el sistema central dopaminérgico pueden desencadenar/exacerbar el bruxismo al provocar parafunciones motoras. Fármacos tales como inhibidores selectivos de la serotonina (antidepresivos) y sustancias como anfetaminas, tabaco/cafeína, drogas de recreo/alcohol, han sido relacionados en diversos estudios como desencadenantes del bruxismo. Así mismo, otras entidades de índole general como parálisis cerebral, Síndrome de Down, enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson, el síndrome de Rett, la epilepsia y/o factores hereditarios, también se han relacionado con el bruxismo en diferentes estudios en la literatura. (19) (Maiki) (12)(Shetty).

Existe una gran variedad de signos clínicos a nivel de la región oral que nos pueden ayudar a orientar en el diagnóstico del paciente bruxista; entre ellos caben destacar las facetas de desgaste parafuncionales, las erosiones cervicales, que se atribuyen a la toxicidad, determinada por la acción corrosiva de los catabolitos periodontales, que se liberan a través del fluido crevicular, la movilidad de los dientes periodontales, así como un ensanchamiento del ligamento periodontal, la fractura y/o fisura de dientes y restauraciones, la indentación de los bordes laterales de la lengua, la hipertrofia del vientre superficial del masetero y del temporal anterior, así como la presen-

cia de torus mandibulares, exóstosis que han sido relacionadas directamente a un aumento de actividad parafuncional. (12)(Shetty) (20)(Kerdpon) (21)(Atanasio).

Los pacientes que padecen de bruxismo pueden referir síntomas tales como sensación de tensión/fatiga muscular, limitación del movimiento, miositis o mialgias, dientes hipersensibles, informe de sonidos nocturnos, cefaleas o dolor en cuello, espalda u hombros.

Cabe destacar, y contrariamente a lo que se había pensado durante años, el dolor muscular por la mañana parece asociarse a un apretamiento diurno y no a rechinar nocturno.; se podría considerar, por lo tanto como un cansancio muscular debido a una hiperactividad muscular exacerbada producida durante el día anterior. (10) (Ferini) (22)(Merlino).

Las diversas consecuencias clínicas relacionados con una actividad parafuncional perniciosas como el bruxismo prolongada en el tiempo, estriban desde alteraciones estéticas por atricción severa de los bordes incisales, adoptando el paciente consecuentemente un patrón facial característico y envejecido, reabsorción del reborde alveolar, con los consiguientes problemas y limitaciones biomecánicas en los pacientes portadores de prótesis completas, trauma oclusal, alteraciones musculares y/o ATM.(8)(Kato) (7)(Lang).

Aunque tradicionalmente, se ha considerado el bruxismo como un factor desencadenante de patología articular (23) (Glaros y cols), estudios recientes no establecen una significación estadísticamente significativa entre bruxismo y dolor ATM por sobrecarga articular. (24)(Van der Meulen y cols).

El correcto y certero diagnóstico de esta parafunción se nos antoja fundamental, a la hora de poder instaurar medidas terapéuticas adecuadas para solventar o paliar su patología.

Debemos de ser conscientes, en todo momento, de que un exhaustivo conocimiento del paciente nos encamina al éxito en la terapéutica. (8)(Kato).

El diagnóstico del bruxismo puede ser realmente fácil si el sujeto es consciente de su hábito, o si ha sido informado de él por alguna persona cercana. Sin embargo, otras veces el paciente no es consciente, con lo cual el diagnóstico se basará en primera instancia en el análisis de los signos y síntomas característicos del paciente

Mediante una pormenorizada historia clínica, con su correspondiente exploración, trataremos de evaluar los signos y síntomas característicos de estos pacientes. Cabe destacar, no obstante, la disparidad de criterios diagnósticos, esgrimidos por los diversos profesionales a la hora, por ejemplo, de catalogar una atricción como fisiológica o patológica. (25)(Marbach)

Los cuestionarios de autoevaluación, similares a los utilizados en algunos pacientes psiquiátricos para valorar trastornos de la personalidad, pueden proporcionar información añadida, aunque cumplimentados por los propios pacientes, presentan la desventaja evidente de depender de su colaboración, además, de no diferenciar entre el bruxismo diurno y nocturno. (4)(Manfredini 2013) (14)(Manfredini)

Los polisomniógrafos o laboratorios de sueño, que monitorizan y analizan una serie de constantes del paciente durante la noche, son una ayuda diagnóstica relativamente fiable. También utilizado para analizar a los pacientes aquejados con apnea de sueño, es uno de los más precisos para obtener medidas fiables de la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de bruxismo. Es el único método capaz de detectar el bruxismo como entidad patofisiológica, al formar parte el bruxismo nocturno de una compleja respuesta del sistema nervioso central, que se acompañará de la aparición de complejos K en electroencefalograma, cambios respiratorios, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la actividad muscular y vasoconstricción periférica. Además, estos episodios bruxísticos nocturnos no parecen relacionarse con estrés. (26)(Lavigne) (9)(Kato 2013)

La electromiografía, también es considerada como una ayuda diagnóstica fiable que registrará la actividad muscular pterigoidea, temporal y maseterina de los pacientes subsidiarios a sufrir este parahábito. A pesar de que la electromiografía es mejor tolerada por parte del paciente que la polisomniografía al tratarse de un método diagnóstico ambulatorio, presenta una serie de limitaciones evidentes al depender de la colaboración del paciente y el hecho irrefutable que solamente

valorará cambios a nivel muscular, no pudiendo diferenciarlo consecuentemente de otras actividades motoras orofaciales. No obstante, las evidencias científicas sí parecen ser alentadoras en este sentido, al equiparar los resultados de los polisomniógrafos con la electromiografía. (8)(Kato) (27)(Van Selms) (28)(Martín Díaz)

Debemos ser conscientes de la importancia que entraña el correcto diagnóstico del bruxismo y, sin embargo, de las dificultades diagnósticas que presenta, tales como disparidad en los criterios clínicos entre profesionales, ausencia de un protocolo estandarizado, ambigüedad a la hora de establecer umbrales diagnósticos en registros electromiográficos, la fluctuación de la intensidad del bruxismo dependiendo del día y el componente mixto del bruxismo (Apretadores diurnos con frecuencia también rechinan durante la noche). (7)(Lang) (18)(Inano)

Aunque, clásicamente, el bruxismo era considerado un problema exclusivamente dental, en la actualidad podemos afirmar que se trata de un fenómeno eminentemente psicológico. (16)(Kampe) (12)(Shetty)

Por este motivo, teniendo en cuenta la etiología multifactorial del bruxismo, el abordaje terapéutico de estos pacientes debiera ser desde un punto de vista multidisciplinar. Odontólogos, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, cirujanos maxilofaciales y/o neurólogos, debieran colaborar conjuntamente para solventar este parahábito funcional. (11)(Feu). Sin embargo, a día de hoy la mayoría de los tratamientos siguen implicando la “famosa” férula oclusal. Solamente en Estados Unidos 1,6 millones de estas férulas son prescritas anualmente por los dentistas en un esfuerzo por combatir el bruxismo. (29)(Muñoz)

Aunque bien es cierto que el uso terapéutico de la férula de relajación a la hora de aportar estabilidad mandibular y relajación muscular, es un fenómeno largamente documentado en la literatura científica, es verdad que son numerosos los estudios que constatan una pérdida de efectividad de la férula de descarga a medio/largo plazo. En este sentido, Rugh y cols. (30), aseveran que la terapia con férulas de relaja-

ción es ciertamente efectiva en primera instancia, disminuyendo la actividad electromiográfica durante las primeras noches de uso, recuperándose, sin embargo, los valores electromiográficos pretratamiento tras unas semanas.

Para Hartmann (30), la férula no previene o cura el bruxismo, sino que previene el daño sobre los dientes cuando este no se cura.

No pretendemos, con este artículo, cuestionar el uso de las férulas de relajación a la hora de combatir el bruxismo, sino barajar un arsenal terapéutico más amplio para afrontar esta parafunción tan nociva para el aparato estomatognático. Abordajes terapéuticos tan diversos como la hipnosis, la acupuntura, las técnicas de modificación de conducta, el condicionamiento aversivo, la fisioterapia y sus modalidades, la terapia farmacológica, los suplementos alimenticios o las técnicas de relajación entre otras, debieran tener cabida o incluso poder presentarse como una alternativa fiable para tratar a estos pacientes.

CONCLUSIONES

1) El bruxismo es una alteración de origen multifactorial y se considera el proceso más destructivo dentro del grupo de las actividades parafuncionales del sistema estomatognático, produciendo multitud de alteraciones a ese nivel.

2) El bruxismo diurno tiene una mayor incidencia en sujetos vulnerables a desórdenes psicósomáticos; sin embargo la relación del bruxismo nocturno (parasomnia) con estos desórdenes es aún controvertida.

3) El gold standard del diagnóstico se basa en la electromiografía y polisomniografía, con las limitaciones inherentes a estas técnicas. Sin embargo, no debemos olvidar la realización de una correcta historia clínica, exploración y cuestionarios de autoevaluación.

4) Teniendo en cuenta las numerosas incertidumbres y falta de conclusiones definitivas acerca de diversos aspectos del bruxismo, consideramos fundamental la realización de estudios futuros diferenciando entre bruxismo diurno/nocturno y poder estandarizar así tanto su etiología como su diagnóstico ●

BIBLIOGRAFÍA

- Ramfjord, Ash: Oclusión. México: Ed. Interamericana.1972
- Martín Díaz M.D., Barbería Leache E., Fernández Frías C. Bruxismo: (1) Delimitación. Prevalencia y modelos explicativos. Revista Vasca de Odontología 1998; 8 (4): 10-19.
- Christensen GJ. Destruction of human teeth. J Am Dent Assoc 1999; 130 (8): 1129-30.
- Negoro T, Briggs J, Plesh O, Nielsen I, McNeill C, Miller A.J. Bruxing patterns in children compared clenching and chewing as assessed with dental models, electromyography, and incisor jaw tracings: preliminary study. ASDC J Dent Child 1998; 65 (6):449-58,438.
- Seligman DA; Pullinger AG, Solberg WK. The prevalence of dental attrition and its association with factors of age, occlusion and TMJ symptomatology. J Dent Res 1988; 67(10): 1323-33.
- González Ceinos M, Lafuente Urdingio P. ansiedad, concentraciones de Na+ y K+ salivar y bruxistas en deportistas. Estudio preliminar. Avances en Odontostomatología 2000; 16(7):413-9.
- González Ceinos M. ansiedad y bruxismo en una muestra de deportistas profesionales. Revista Vasca de Odontostomatología 2000; 10 (3): 20-5.
- Muñoz T, Santelices B, Manríquez R, Toro G. Dinámica mandibular, características oclusales, bruxismo y disfunción craneomandibular en niños preescolares. Profesión dental 2000; 3 (3): 149-57.
- Alpoz AR, Ergul N, Oncag O. Bruxism in Rett syndrome: a case report. J Clin Pediatr Dent 1999, 23(2): 161-3.
- Brown ES, Hong SC. Antidepressant-induced bruxism successfully treated with gabapentin. J Am Dent Assoc 1999; 130(10): 1467-9.
- Bostwick JM. Study shows link between antidepressants, bruxism. J Am Dent Assoc 2000; 131(3): 297.
- Kerdpon D, Sirirungrojying S. A clinical study of oral tori in southern Thailand: prevalence and the relation to parafunctional activity. Eur J Oral Sci 1999; 107 (1): 9-13.
- Sirirungrojying S, Kerdpon D. Relationship between oral tori and temporomandibular disorders. Int Dent J 1999; 49(2):101-4.
- Kaptein ML, De Putter C, De Lange GL, Blijdorp PA. A clinical evaluation of 76 implant-supported superstructures in the composite grafted maxilla. J Oral Rehabil 1999; 26(8): 619-23
- Berrie RH. Parafunctional habits causing temporomandibular disorders. J Oral Maxillofac Surg 1999; 57(9): 1034-9.
- Quinn JH. Treating bruxism and clenching. J Am Dent Assoc 2000; 131(6): 723.
- Lobezoo F, Lavigne GJ. Do bruxism and temporomandibular disorders have a cause-and-effect relationship? J Orofac Pain 1997; 11(1): 15-23.
- Ahlberg J, Rantala M, Savolainen A, Suvinen T, Nissinen M, Sarna S, Lindholm H, Kononen M. Reported bruxism and stress experience. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30 (6): 405-8.
- Kato T, Montplaisir JY, Guitard F, Sessle BJ, Lund JP, Lavigne GJ. Evidence that experimentally induced sleep bruxism is a consequence of transient arousal. J Dent Res 2003; 82(4): 284-8.
- Lobezoo J, Van der Zaag J, Naeije M. Bruxism. Its multiple causes and its effects on dental implants- an updated review. J Oral Rehabil 2006; 33(4): 293-300.
- Manfredini D, Landi N, Romagnoli M, Bosco M. Psychic and occlusal factors in bruxers. Aust Dental J 2004 ; 49 (2) : 84-9.
- Demir A, Uysal T, Guray E, Basciftci FA. The relationship between bruxism and occlusal factors among

seven-to 19-year- old Turkish children. Angle Orthod 2004; 74 (5): 672-676.

23. Rosales VP, Ikeda K, Hizaki K, Naruo Y, Nozoe S, Ito G. Emotional stress and brux-like activity of the masseter muscle in rats. Eur J Orthod 2002; 24 (1): 107-17.

24. Manfredini D, Lobbezoo F. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. J Orofac Pain 2009; 23 (2): 153-66.

25. Pierce CJ, Chrisman K, Bennett ME, Close JM. Stress, anticipatory stress, and psychologic measures related to sleep bruxism. J Orofac Pain 1995, 9(1): 51-6.

26. RManfredini D, Landi N, Fantoni F, Segu M., Bosco M. Anxiety symptoms in clinically diagnosed bruxers. J Oral Rehabil 2005; 32(8): 584-8.

27. Kato T, Thie NM, Montplaisir JY, Lavigne GJ. Bruxism and orofacial movements during sleep. Dent Clin North Am 2001; 45(4): 657-84.

28. Kampe T, Edman G, Bader G, Tagdae T, Karlsson S. Personality traits in a group of subjects with long-standing bruxing behaviour. J Oral Rehabil 1997; 24(8): 588-593.

29. Pingitore G, Chrobak V, Petrie J. The social and psychologic factors of bruxism. J Prosthet Dent 1991; 65(3): 443-6.

30. Malki GA, Zawawi KH, Melis M, Hughes CV. Prevalence of bruxism in children receiving treatment for attention deficit hyperactivity disorder: a pilot study. J Clin Pediatr Dent 2004; 29(1): 63-7.

31. RAttanasio R. An overview of bruxism and its management. Dent Clin North Am 1997; 41(2): 229-41.

32. Watanabe T, Ichikawa K, Clark GT. Bruxism levels and daily behaviors: 3 weeks of measurement and correlation. J Orofac Pain 2003, 17(1): 65-73.

33. Glaros AG, Tabacchi K, Glass EG. Effect of parafunctional clenching on TMD pain. J Orofac Pain 1998, 12(2):145-52.

34. Glaros AG, Baharloo L, Glaros EG. Effect of parafunctional clenching and estrogen on temporomandibular disorder pain. Cranio 1998; 16 (2):78-883.

35. Van der Meulen MJ, Lobbezoo F, Aartman IHA, Naeije M. Self-reported oral parafunctions and pain intensity in temporomandibular disorder patients. J Orofac Pain 2006; 20(1): 31-5.

36. Marbach JJ, Raphael KG, Janal MN, Hirschhorn-Roth R. Reliability of clinician judgements of bruxism. J Oral Rehabil 2003; 30: 113-18.

37. Manfredini D, Ciapparelli A, Dell’Osso L, Bosco M. Mood disorders in subjects with bruxing behavior. J Dent 2005; 33(6): 485-90.

38. Lavigne GJ, Kato T, Kolta A, Sessle BJ. Neurobiological mechanisms involved in sleep bruxism. Crit Rev Oral Biol Med 2003; 14(1): 30-46.

39. Van Selms MK, Lobbezoo F, Wicks DJ, Hamburger HL, Naeije M. Craniomandibular pain, oral parafunctions, and psychological stress in a longitudinal case study. J Oral Rehabil 2004; 31(8): 738-45.

40. Lavigne GJ, Guitard F, Rompré PH, Montplaisir JY. Variability in sleep bruxism activity over time. J Sleep Res 2001; 10(3) : 237-44.7. González Ceinos M. ansiedad y bruxismo en una

muestra de deportistas profesionales. Revista Vasca de Odontostomatología 2000; 10 (3): 20-5.

41. Ikeda T, Nishigawa K, Kondo K, Takeuchi H, Clark GT. Criteria for the detection of sleep-associated bruxism in humans. J Orofac Pain 1996; 10(3): 270-82

42. Clark GT, Beemsterboer PL, Rugh JD. Nocturnal masseter muscle activity and the symptoms of masticatory dysfunction. J Oral Rehabil 1981; 8(3): 279-86.

43. Rugh JD, Graham GS, Smith JC, Ohrbach RK. Effects of canine versus molar occlusal splint guidance on nocturnal bruxism and craniomandibular symptomatology. J Craniomandib Disord 1989; 3(4): 203-10.

44. Hartmann E. Bruxism. In M H Kryger, T Roth, & W C Dement (Eds). Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia: W. B. Saunders; 1994: p. 598-601.

45. Feu D, Catharino F, Quintão CC, Almeida MA. HYPERLINK “http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23794697”A systematic review of etiological and risk factors associated with bruxism. J Orthod. 2013 Jun;40(2):163-71.

46. Kato T, Masuda Y, Yoshida A, Morimoto T. HYPERLINK “http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22205593”Massetter EMG activity during sleep and sleep bruxism. Arch Ital Biol. 2011 Nov 7;149(4):478-91.

47. Ferini-Strambi L, Pozzi P, Manconi M, Zucconi M, Oldani A. HYPERLINK “http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22205592”Bruxism and nocturnal groaning. Arch Ital Biol. 2011 Dec 1;149(4):467-77.

48. Shetty S, Pitti V, Satish Babu CL, Surendra Kumar GP, Deepthi BC. HYPERLINK “http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21886404”Bruxism: a literature review. J Indian Prosthodont Soc. 2010 Sep;10(3):141-8.

49. Manfredini D, Winocur E, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F. HYPERLINK “http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23630682”Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. J Orofac Pain. 2013 Spring;27(2):99-110.

50. Merlino G, Gigli GL. HYPERLINK “http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22203333”Sleep-related movement disorders. Neurol Sci. 2012 Jun;33(3):491-513.

18. Ahlberg J, Rantala M, Savolainen A, Suvinen T, Nissinen M, Sarna S, Lindholm H, Kononen M. Reported bruxism and stress experience. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30 (6): 405-8.

51. KaLang R, Davenport K, Britt C, Ninci J, Garner J, Moore M. HYPERLINK “http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24114107”Functional analysis and treatment of diurnal bruxism. J Appl Behav Anal. 2013 Mar;46(1):322-7.

52. LoInano S, Mizumori T, Kobayashi Y, Sumiya M, Yatani H. HYPERLINK “http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24179965”Identification of sleep bruxism with an ambulatory wireless recording system. Int J Prosthodont. 2013 Nov-Dec;26(6):527-35.

Bruxism: The pandemic of the 21st century.

The parafunctional habits of the stomatognathic system include, what is called, bruxism episodes. According to the American Academy of Orofacial Pain, bruxism is defined as "diurnal or nocturnal parafunctional activity, which includes clenching, gnashing, gritting and grinding of teeth" (1).

AUTHORS

Francisco Antonio García Gómez,
Jorge Cortés Bretón, Andrés Sánchez
Monestillo, Isabel Moreno Hay.

Despite the fact that the grinding of teeth was mentioned several times in the Bible, the first scientific references were found in the dental literature in the beginning of the XX century. The term of bruxism derives from the French "bruxomanie" first used in 1907 by Marie and Pietkiewicz (2). But it was not until 1931 when Frohman used for the first time the term of "bruxism".

The prevalence of this pathology ranges between 6,5% and 8,8% in the general population, depending on the authors consulted. (4) This variability among the different studies is due to several factors such as sample selection or methodology used. According to the different authors, the peak incidence of this parafunction occurs between adolescence and the fourth decade of life, diminishing after 40. (5) It is noteworthy that bruxism is considered the most destructive parafunctional activity of the stomatognathic system, thus, herein lays its importance. (5)

On the other hand, in the nocturnal bruxism or grinding of teeth, in contrast to diurnal bruxism, the only muscles involved are masseters and temporalis. It is considered as a parasomnia that occurs mainly during stages 1 and 2 Non REM, and stages REM. It has been associated to physiological changes occurring during partial microarousals and it is characterized by witnessed audible sounds of tooth grinding. Despite the fact, it seems that there is no correlation between bruxism and stress. (8)(9)(10)

AIMS

The aims of the present study include:

- To analyze bruxism etiology and the alterations resulting from this parafunction.
- To study the relationship between bruxism and psychosocial pathology, evaluating the differences between diurnal and nocturnal bruxism.
- To review the methodology available for accurate and precise diagnosis.

MATERIAL AND METHODS

A review of the scientific evidence available was performed regarding bruxism, risk factors, signs and symptoms, diagnostic tools and treatments. A literature search was conducted using Pubmed/Medline, Cochrane Database of Systematic Reviews, CompluDoc and C17 national database. The search terms used included: "bruxism", bruxism risk factor", bruxism symptoms", "bruxism diagnosis", "bruxism treatment".

RESULTS AND DISCUSSION

The etiology of bruxism is still nowadays unclear, thus, controversial and uncertain. The most likely etiology is considered to be multifactorial. Furthermore, the reviewed papers presented several causes including: occlusal, psychosocial and pathophysiological factors. (5)(11)(12)

During many years, occlusion has been considered as the most important bruxism's predisposing factor. It was proposed that an occlusal interference triggered a neuromuscular response that induced masticatory parafunctions. (13) However, the more recent studies do not support this theory. Manfredini et al. (14) in 2004 and 2013 found a weak correlation with mediotrusion interferences. Regarding the psychosocial factors, during many years stress was considered to trigger this parafunction. Numerous studies performed in animal models and humans, demonstrated an increase in masseter muscle activity under stress conditions. (15)(14) It is noteworthy, however, that most of the studies only established a direct relationship with diurnal clenching but not with nocturnal grinding. Authors such as Pierce et al. (15) found no association between nocturnal bruxism and stress in 92% of the studied sample.

In addition, there are numerous psychopathologies that have been associated to bruxism: symptomatology such as anxiety, affective disturbances, panic attacks, frustration and even depressive and maniac symptoms. (11)

On the other hand, many authors have related bruxism to a specific personality. The usual profile of bruxers, are reclusive and hostile patients highly educated, introverted with a tendency to hyperactive and aggressive behaviors. (16) Pingitore et al. (17) in 1997 stated that stress added to this

type of personality, was a strong predictor for the development of parafunction of these patients.

Finally, among the psychosocial factors related to this parafunction some authors have associated nocturnal bruxism to sleep disturbances. Kato et al. (8) and Inano et al. (18) found bruxism in violent parasomnias and partial arousal disorders (e.g. nocturnal terrors, somnambulism).

Regarding bruxism etiology, several authors proposed that different psychopathologies could trigger this parafunction. In this way disturbances of the dopaminergic central system can promote or exacerbate motor parafunctions. Medications such as SSRI (antidepressants) and substances such as amphetamines, tobacco/caffeine, recreative drugs have demonstrated, in several studies, to induce bruxism. Moreover, other entities as cerebral palsy, Down syndrome, Huntington disease, Parkinson's disease, Rett syndrome, epilepsy and/or hereditary factors have also been associated to bruxism in the literature. (19)(12).

There is a wide variety of clinical oral signs that can help to orientate the differential diagnosis of bruxism. Among them, it is noteworthy: wear facets; cervical erosions attributed to toxicity due to the corrosive action of periodontal catabolites released into the crevicular fluid; mobility of periodontal teeth; pdl widening; cracks and/or fractures of teeth and restorations; scalloped tongue; masseter and temporalis muscles hypertrophy; mandibular torus and bony exostosis. (12)(20)(21)

Bruxers refer symptoms such as muscular tension/fatigue sensations, limited movements, myositis or myalgia, dental sensitivity, audible nocturnal sounds, headaches, and cervical, shoulder and back pain. Conversely to the conventional belief, muscular morning discomfort seems to be associated to diurnal clenching rather than nocturnal bruxism. It could be considered as muscular fatigue related to the hyperactivity of the day before. (10)(22)

The clinical consequences of a long-term pernicious parafunctional activity like bruxism results in aesthetic alterations due to the attrition of incisal edges which ages the facial aspect of patients. It also stimulates the alveolar ridge reabsorption and consequently biomechanical limitations in complete dentures wearers, occlusal trauma,

muscular and or TMJ disorders. (8)(7)

Even though traditionally, bruxism has been considered as a trigger of articular pathology (23) recent studies have demonstrated no statistically significant correlation between bruxism and TMJ pain due to articular overload. (24)

In our opinion, a precise and accurate diagnosis of this parafunction is essential in order to establish the correct treatment plan for this pathology. We should be aware at any time that an exhaustive knowledge of our patient leads to therapeutic success. (8)

The bruxism diagnosis can be quite simple if the patient is aware of his/her habit or has been informed about someone close to the patient. However, when the patient is not aware of it, the diagnosis is only based on the evaluation of the characteristic signs and symptoms of bruxers through a comprehensive history taking and clinical exploration. Nonetheless, there is a large variability of diagnostic criteria depending on the author consulted, for example, when establishing the differential diagnosis between physiological and pathological attrition. (25)

Therefore, more objective and precise diagnostic tools should be used instead. In this regard, auto evaluation questionnaires similar to the ones used in psychiatric patients to assess personality disorders, could provide valuable information in addition to traditional explorations. These questionnaires filled out by the patients, present the evident disadvantage that depends on patient's collaboration. This can influence the attitude towards the treatment if the patient undergoes a psychiatric evaluation. Moreover, by these means, diurnal and nocturnal bruxism cannot be differentiated. (4) (14)

Polysomnographs (PSG) or sleep laboratories are helpful to establish a precise diagnosis by monitoring and analyzing specific physiological variables during sleep. This diagnostic method, also used to analyze obstructive sleep apnea patients, is one of the most precise tools to obtain reliable measurements about frequency, intensity and duration of bruxism episodes. It is the only diagnostic tool able to detect bruxism as a pathophysiological entity, as nocturnal bruxism is the result of a complex response of the central nervous system characterized by the presence of K complexes in the

ECG, respiratory changes, raising of cardiac frequency, increase of muscular activity and peripheral vasoconstriction. Furthermore, the nocturnal bruxism episodes are not related to stress. Despite the fact, it should be noted that sleep laboratories could also present limitations and disadvantages, such as elevated costs, patient's discomfort and limited bruxism diurnal diagnosis. (26)(9)

Electromyography (EMG) has been developed in order to overcome most of the abovementioned disadvantages providing helpful information for the diagnosis. By means of electrodes the muscular activity of temporalis, masseter and pterygoid muscles is recorded. Eventhough EMG is better tolerated because it is an ambulatory tool it presents a number of evident limitations as it depends on patient collaboration. It does not provide either a differential diagnosis with other orofacial motor disorders. The scientific evidence is reassuring when PSG is compared to EMG. (8)(27)(28)

The importance of a correct bruxism's diagnosis is essential, however, the diagnostic difficulties such as criteria variability among clinicians, lack of standardized protocols, ambiguity in diagnostic EMG thresholds, fluctuation of bruxism intensity depending on the day and mixed bruxism component (diurnal clenching of teeth is frequently associated to nocturnal grinding). (7)(18)

Despite the fact that traditionally bruxism was considered an exclusive dental problem, currently it is considered to be a psychological phenomenon. (16)(12)

For this reason, taking in consideration the multifactorial etiology of bruxism, the therapeutic approach should be multidisciplinary. Dentists, psychologists, psychiatrists, physical therapists, maxillofacial surgeons and/or neurologists should collaborate to solve parafunctional habits. (11) However, nowadays the majority of treatments are based on the widely used occlusal appliance. Only in the USA 1.6 millions appliances were prescribed per year to treat bruxism. (29)

Even though the therapeutic use of occlusal appliances provides oc-

clusal stability and muscle relaxation widely described in the literature, numerous studies have demonstrated a reduction in appliance efficacy in a long-term use. In this regard, Rugh et al. (30) stated that occlusal appliance therapy is effective at first by decreasing the EMG activity during the first nocturnal hours, recovering the baseline values after a few weeks. Hartman (30) stated that the appliance prevents but does not cure the bruxism, thus, preventing the damage to teeth.

It is out of the scope of this paper to discuss the use of occlusal appliances in bruxism, but to study a broader therapeutic approach to treat this noxious parafunction to the stomatognathic system. Different therapies including: hypnosis, acupuncture, behavioral changes, aversive conditioning, physical therapy and its modalities, pharmacology, dietary supplements, relaxation techniques among others. These approaches should be included and be proposed as a reliable therapeutic alternative for our patients.

CONCLUSIONS

1) Bruxism is a multifactorial disorder and it is considered the most destructive process among the parafunctional habits of the stomatognathic system leading to multiple alterations.

2) Diurnal bruxism presents a higher incidence in vulnerable patients with psychosomatic disorders. However, the relationship between nocturnal bruxism (parasomnia) and these disorders is controversial.

3) The diagnostic gold standard tool is based on EMG and PSG with the inherent limitations of these techniques. Nevertheless, a correct history taking, explorations and auto evaluation questionnaire should be performed.

4) Taken in consideration the numerous uncertainties and lack of definitive conclusions regarding the different aspects of bruxism, in our opinion, it is essential to perform further studies to differentiate between diurnal/nocturnal bruxism allowing us to standardize the etiology and diagnosis ●

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramfjord, Ash: Oclusión. México: Ed. Interamericana.1972
2. Martín Díaz M.D., Barbería Leache E., Fernández Frías C. Bruxismo: (1) Delimitación. Prevalencia y modelos explicativos. Revista Vasca de Odontología 1998; 8 (4): 10-19.
3. Christensen GJ. Destruction of human teeth. J Am Dent Assoc 1999; 130 (8): 1129-30.
4. Negoro T, Briggs J, Plesh O, Nielsen I, McNeill C, Miller AJ. Bruxing patterns in children compared clenching and chewing as assessed with dental models, electromyography, and incisor jaw tracings: preliminary study. ASDC J Dent Child 1998; 65 (6):449-58,438.
5. Seligman DA; Pullinger AG, Solberk WK. The prevalence of dental attrition and its association with factors of age, occlusion and TMJ symptomatology. J Dent Res 1988; 67(10): 1323-33.
6. González Ceinos M, Lafuente Urdingio P. ansiedad, concentraciones de Na+ y K+ salivar y bruxistas en deportistas. Estudio preliminar. Avances en Odontostomatología 2000; 16(7):413-9.
7. González Ceinos M. ansiedad y bruxismo en una muestra de deportistas profesionales. Revista Vasca de Odontostomatología 2000; 10 (3): 20-5.
8. Muñoz T, Santelices B, Manns F, Martínez R, Toro G. Dinámica mandibular, características oclusales, bruxismo y disfunción craneomandibular en niños preescolares. Profesión dental 2000; 3 (3): 149-57.
9. Alpoz AR, Ergul N, Oncag O. Bruxism in Rett syndrome: a case report. J Clin Pediatr Dent 1999, 23(2): 161-3.
10. Brown ES, Hong SC. Antidepressant-induced bruxism successfully treated with gabapentin. J Am Dent Assoc 1999; 130(10): 1467-9.
11. Bostwick JM. Study shows link between antidepressants, bruxism. J Am Dent Assoc 2000; 131(3): 297.
12. Kerdpon D, Sirirungrojying S. A clinical study of oral tori in southern Thailand: prevalence and the relation to parafunctional activity. Eur J Oral Sci 1999; 107 (1): 9-13.
13. Sirirungrojying S, Kerdpon D. Relationship between oral tori and temporomandibular disorders. Int Dent J 1999; 49(2):101-4.
14. Kaptein ML, De Putter C, De Lange GL, Blijdorp PA. A clinical evaluation of 76 implant-supported superstructures in the composite grafted maxilla. J Oral Rehabil 1999; 26(8): 619-23
15. Berrie RH. Parafunctional habits causing temporomandibular disorders. J Oral Maxillofac Surg 1999; 57(9): 1034-9.
16. Quinn JH. Treating bruxism and clenching. J Am Dent Assoc 2000; 131(6): 723.
17. Lobezoo F, Lavigne GJ. Do bruxism and temporomandibular disorders have a cause-and-effect relationship? J Orofac Pain 1997; 11(1): 15-23.
18. Ahlberg J, Rantala M, Savolainen A, Suvinen T, Nissinen M, Sarna S, Lindholm H, Kononen M. Reported bruxism and stress experience. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30 (6): 405-8.
19. Kato T, Montplaisir JY, Guitard F, Sessle BJ, Lund JP, Lavigne GJ. Evidence that experimentally induced sleep bruxism is a consequence of transient arousal. J Dent Res 2003; 82(4): 284-8.
20. Lobbezoo J, Van der Zaag J, Naeije M. Bruxism. Its multiple causes and its effects on dental implants- an updated review. J Oral Rehabil 2006; 33(4): 293-300.
21. Manfredini D, Landi N, Romagnoli M, Bosco M. Psychic and occlusal factors in bruxers. Aust Dental J 2004 ; 49 (2) : 84-9.
22. Demir A, Uysal T, Guray E, Basciftci FA. The relationship between bruxism and occlusal factors among

seven-to 19-year- old Turkish children. Angle Orthod 2004; 74 (5): 672-676.

23. Rosales VP, Ikeda K, Hizaki K, Naruo Y, Nozoe S, Ito G. Emotional stress and brux-like activity of the masseter muscle in rats. Eur J Orthod 2002; 24 (1): 107-17.

24. Manfredini D, Lobbezoo F. Role of psychosocial factors in the etiology of bruxism. J Orofac Pain 2009; 23 (2): 153-66.

25. Pierce CJ, Chrisman K, Bennett ME, Close JM. Stress, anticipatory stress, and psychologic measures related to sleep bruxism. J Orofac Pain 1995, 9(1): 51-6.

26. Manfredini D, Landi N, Fantoni F, Segu M., Bosco M. Anxiety symptoms in clinically diagnosed bruxers. J Oral Rehabil 2005; 32(8): 584-8.

27. Kato T, Thie NM, Montplaisir JY, Lavigne GJ. Bruxism and orofacial movements during sleep. Dent Clin North Am 2001; 45(4): 657-84.

28. Kampe T, Edman G, Bader G, Tagdae T, Karlsson S. Personality traits in a group of subjects with long-standing bruxing behaviour. J Oral Rehabil 1997; 24(8): 588-593.

29. Pingitore G, Chrobak V, Petrie J. The social and psychologic factors of bruxism. J Prosthet Dent 1991; 65(3): 443-6.

30. Malki GA, Zawawi KH, Melis M, Hughes CV. Prevalence of bruxism in children receiving treatment for attention deficit hyperactivity disorder: a pilot study. J Clin Pediatr Dent 2004; 29(1): 63-7.

31. RAttanasio R. An overview of bruxism and its management. Dent Clin North Am 1997; 41(2): 229-41.

32. Watanabe T, Ichikawa K, Clark GT. Bruxism levels and daily behaviors: 3 weeks of measurement and correlation. J Orofac Pain 2003, 17(1): 65-73.

33. Glaros AG, Tabacchi K, Glass EG. Effect of parafunctional clenching on TMD pain. J Orofac Pain 1998, 12(2):145-52.

34. Glaros AG, Baharloo L, Glaros EG. Effect of parafunctional clenching and estrogen on temporomandibular disorder pain. Cranio 1998; 16 (2):78-883.

35. Van der Meulen MJ, Lobbezoo F, Aartman IHA, Naeije M. Self-reported oral parafunctions and pain intensity in temporomandibular disorder patients. J Orofac Pain 2006; 20(1): 31-5.

36. Marbach JJ, Raphael KG, Janal MN, Hirschhorn-Roth R. Reliability of clinician judgements of bruxism. J Oral Rehabil 2003; 30: 113-18.

37. Manfredini D, Ciapparelli A, Dell'Osso L, Bosco M. Mood disorders in subjects with bruxing behavior. J Dent 2005; 33(6): 485-90.

38. Lavigne GJ, Kato T, Kolta A, Sessle BJ. Neurobiological mechanisms involved in sleep bruxism. Crit Rev Oral Biol Med 2003; 14(1): 30-46.

39. Van Selms MK, Lobbezoo F, Wicks DJ, Hamburger HL, Naeije M. Craniomandibular pain, oral parafunctions, and psychological stress in a longitudinal case study. J Oral Rehabil 2004; 31(8): 738-45.

40. Lavigne GJ, Guitard F, Rompré PH, Montplaisir JY. Variability in sleep bruxism activity over time. J Sleep Res 2001; 10(3) : 237-44.7. González Ceinos M. ansiedad y bruxismo en una

muestra de deportistas profesionales. Revista Vasca de Odontostomatología 2000; 10 (3): 20-5.

41. Ikeda T, Nishigawa K, Kondo K, Takeuchi H, Clark GT. Criteria for the detection of sleep-associated bruxism in humans. J Orofac Pain 1996; 10(3): 270-82

42. Clark GT, Beemsterboer PL, Rugh JD. Nocturnal masseter muscle activity and the symptoms of masticatory dysfunction. J Oral Rehabil 1981; 8(3): 279-86.

43. Rugh JD, Graham GS, Smith JC, Ohrbach RK. Effects of canine versus molar occlusal splint guidance on nocturnal bruxism and craniomandibular symptomatology. J Craniomandib Disord 1989; 3(4): 203-10.

44. Hartmann E. Bruxism. In M H Kryger, T Roth, & W C Dement (Eds). Principles and Practice of Sleep Medicine. Philadelphia: W. B. Saunders; 1994: p. 598-601.

45. Feu D, Catharino F, Quintão CC, Almeida MA. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23794697" A systematic review of etiological and risk factors associated with bruxism. J Orthod. 2013 Jun;40(2):163-71.

46. Kato T, Masuda Y, Yoshida A, Morimoto T. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22205593" Masseter EMG activity during sleep and sleep bruxism. Arch Ital Biol. 2011 Nov 7;149(4):478-91.

47. Ferini-Strambi L, Pozzi P, Manconi M, Zucconi M, Oldani A. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22205592" Bruxism and nocturnal groaning. Arch Ital Biol. 2011 Dec 1;149(4):467-77.

48. Shetty S, Pitti V, Satish Babu CL, Surendra Kumar GP, Deepthi BC. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21886404" Bruxism: a literature review. J Indian Prosthodont Soc. 2010 Sep;10(3):141-8.

49. Manfredini D, Winocur E, Guarda-Nardini L, Lobbezoo F. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23630682" Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. J Orofac Pain. 2013 Spring;27(2):99-110.

50. Merlino G, Gigli GL. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22203333" Sleep-related movement disorders. Neurol Sci. 2012 Jun;33(3):491-513.

18. Ahlberg J, Rantala M, Savolainen A, Suvinen T, Nissinen M, Sarna S, Lindholm H, Kononen M. Reported bruxism and stress experience. Community Dent Oral Epidemiol 2002; 30 (6): 405-8.

51. KaLang R, Davenport K, Britt C, Ninci J, Garner J, Moore M. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24114107" Functional analysis and treatment of diurnal bruxism. J Appl Behav Anal. 2013 Mar;46(1):322-7.

52. LoInano S, Mizumori T, Kobayashi Y, Sumiya M, Yatani H. HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24179965" Identification of sleep bruxism with an ambulatory wireless recording system. Int J Prosthodont. 2013 Nov-Dec;26(6):527-35.

CLÁSICOS DE LA ODONTOLOGÍA

Pedro García Gras

El primer especialista

Uno de los escasos clásicos españoles de la segunda mitad del siglo XX en la odontología española es Pedro García Gras, bajo cuyo mando en la única escuela de odontología española, la de Madrid, la dentistería comenzara a ejercerse como cualquier otra especialidad médica, abandonándose así, pero no definitivamente, la excepcionalidad del ejercicio de un área especializada en el tratamiento de las enfermedades, en este caso del territorio buco-dental, a cargo de profesionales sin previa titulación médica -

POR JAVIER SANZ SERRULLA

Pedro García Gras nació en Madrid el 20 de junio de 1904. Tras estudiar el bachillerato en el Instituto Cardenal Cisneros se matricula en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, ubicada entonces en la calle de Atocha, para graduarse en 1926. En 1929 obtiene el grado de licenciado y culmina su carrera académica en 1932, con la memoria titulada “El movimiento biomecánico de los dientes en ortodoncia”, tras cuya defensa merece la calificación de Sobresaliente con Premio Extraordinario.

El título de su tesis doctoral no debe extrañarnos si conocemos que, al tiempo que cursa los estudios médicos, se matricula también en los odontológicos, que lleva a cabo durante el bienio 1923-25 y que cierra brillantemente al leer en el ejercicio de reválida la memoria titulada “Anestesia por refrigeración en Odontología”. Casi treinta años después, en 1953, conforme a la legislación de la época recibirá también el título de “Doctor Médico Estomatólogo”, por la Universidad de Madrid y con Premio Extraordinario.

Claramente queda contrastada la inclinación del joven médico hacia esta especialidad, que entonces se cursa como carrera independiente. Pero a García Gras no le bastan los estudios propiamente odontológicos, sino que amplía su campo de miras y no por asegurarse dos títulos en su currículum. El joven estudiante es reclamado por el mismo Juan Negrín para que le acompañe en su prestigioso laboratorio de investigación fisiológica, pero García Gras tiene claramente marcado su rumbo.

Entre 1930 y 1938 es profesor de Prótesis dental, cargo que compatibiliza desde 1934 con el de Médico odontólogo de la Inspección Médico-Escolar de Madrid, y también, en 1935, se especializa en la Escuela Nacional de Puericultura como Odontólogo Puericultor. Pero previamente, en 1932, ha sido pensionado por la Junta para la Ampliación de Estudios y viaja a los Estados Unidos, visitan-



“*Pedro García Gras es el personaje de referencia en la odontología española de la posguerra.*”

do la Clínica Eastman, como también estudiará la organización de los servicios médico-escolares de París, Londres y Bruselas. El desempeño de todos estos puestos combinado con la formación de primera línea en centros tan prestigiosos constituye, a la larga, un excelente bagaje práctico en la atención infantil, que culmina profesoralmente como catedrático de Profilaxis dental y Ortodoncia al ganar esta cátedra en 1943, sucediendo a su maestro, el profesor Juan Mañes.

Pedro García Gras es el personaje de referencia en la odontología española de la posguerra una vez han desaparecido de la escena universitaria los grandes maestros de preguerra: Landete, Mayoral y Mañes, aparte del fallecido Aguilar. En este momento, año de 1943, asume la dirección de la Escuela de Odontología, aneja a la Facultad de Medicina, con el empeño de restaurar el que fuera flamante edificio de la Ciudad Universitaria y que ha caído bajo el fuego de la incivil guerra española de 1936. Oficialmente será inaugurada el 12 de octubre de 1945, aunque meses atrás ya había cumplido como sede del XIV Congreso Nacional de Odontología.

Son tiempos de cambio y asentamiento para la odontología española. En 1944, la carrera de Odontología deja paso a la especialidad médica de la Estomatología. Para actualizar y poner a punto este nuevo panorama no duda en acudir a otros países punteros y así, en 1946, reside en los Estados Unidos para conocer de primera mano los servicios de estomatología de aquel país, y estudia, entre otros, el dispensario de la célebre Clínica Mayo.

García Gras concursó a una de las vacantes que convocaba la Real Academia Nacional de Medicina

en 1944, dentro de las especialidades médicas y la ganó. En 1947 lee su discurso de ingreso: “Investigaciones sobre los movimientos mandibulares y la articulación dentaria”, para tomar posesión a continuación del sillón nº 9. Durante casi tres décadas sirvió a la prestigiosa corporación y fueron de su autoría varias comunicaciones presentadas, como también el discurso de apertura del curso 1967, titulado “Un aforismo erróneo: Cada hijo cuesta un diente a la madre”.

Sin embargo, Pedro García Gras no dejó un legado científico escrito de gran calado. Probablemente haya que achacar esta carencia a razones evidentes, como las de revitalizar una carrera y transformarla en especialidad médica, al tiempo que tenía que bregar con la reconstrucción de la propia sede en la Ciudad Universitaria. Igualmente, la puesta en marcha de un plan docente y la consolidación de las diferentes asignaturas así como, por último, el ejercicio privado —en su clínica de la Gran Vía madrileña—, no estiraban el horario más allá de lo que hubiera deseado.

Profesionalmente fue bien reconocida su labor. Fue socio de honor de varias sociedades odontológicas y se le concedió, entre otras, la insigne “Encomienda con placa de la Orden de Alfonso X El Sabio”.

Pedro García Gras, catalogado entre los de su profesión como el hombre que instauró la Estomatología en España, falleció en su patria chica el 16 de marzo de 1976. En la Escuela de Estomatología, el primero de sus apellidos tendría continuidad en la docencia de su único hijo, el Profesor Pedro García Cardeña ●



[ABOGADO, SOCIO RESPONSABLE
DPTO. JURÍDICO DE IVB ABOGADOS
Y ECONOMISTAS SL]

EL CONCURSO DE ACREEDORES: ¿Qué es y cuándo estoy obligado a presentarlo?

EN TRIBUNA: JAVIER RELINQUE

Desde luego, en el concurso de acreedores no hay ningún premio. Es algo muy serio que conviene saber.

Para entendernos, podríamos definir el concurso de acreedores como un proceso judicial en el que se organizan y se coordinan de forma ordenada las consecuencias jurídicas de la insolvencia que una persona padece, frente a todos sus acreedores.

Si dicho proceso lo insta el deudor se llama “concurso voluntario”. Por el contrario, si lo insta un acreedor, el concurso se llama “necesario”.

Pero, ¿cuándo se entiende que una persona es insolvente? ¿estoy obligado a iniciar ese proceso judicial?. Y si no inicio ese proceso, ¿qué me puede ocurrir?

Para la Ley Concursal la insolvencia se da mucho antes de lo que podríamos pensar, y esa confusión es fuente de muchos problemas, porque, lo avanzamos, iniciar el proceso concursal es obligatorio cuando saltan las alarmas que la Ley ha instalado.

Para el legislador, la insolvencia concursal es aquella situación en la que un deudor “no puede cumplir regularmente sus obligaciones exigibles”, es decir, no es preciso que su patrimonio tenga un valor inferior a sus deudas, sino que basta con que una persona, generalmente empresario, no pueda pagar regularmente sus gastos, aunque su patrimonio sea de mucho valor.

Es, por tanto, un problema de iliquidez, más que de

falta de patrimonio. Pensemos en una clínica cuyo local es en propiedad y tiene un alto valor, pero el odontólogo empresario no puede pagar sus gastos corrientes por cualquier razón, transitoria definitiva; esa es la situación concursal.

Pero, es más, para la Ley Concursal la insolvencia puede ser actual o “inminente”, es decir, cuando el deudor prevea que, a corto plazo, no podrá cumplir puntualmente con sus obligaciones.

Y es que el legislador, que tiene en mente prevenir situaciones de quiebra absoluta con daños irreparables para terceras personas, ha preferido imponer la obligación de acudir al proceso concursal antes de que sea demasiado tarde. Para la Ley concursal el concurso de acreedores es el remedio legal ante la insolvencia, y por ello penaliza a quien no lo insta cuando debe hacerlo.

Un proceso concursal está teóricamente diseñado para ayudar a la continuación de la actividad empresarial o, en su caso, para que ante la quiebra e imposibilidad de continuar, se produzca una liquidación ordenada de los

bienes afectos al pago de las obligaciones. Otra cuestión es que esta crisis tan voraz lo permita, y por eso la inmensa mayoría de los concursos de acreedores acaban en liquidación y cierre.

Pero, insistimos, la solicitud de declaración de concurso ante el juez mercantil es obligatoria, **y el plazo es de sólo dos meses tras la fecha en que conozca o deba conocer su situación de insolvencia.**

Y así las cosas, la Ley Concursal, artículo 5, establece que se presume legalmente que el deudor ha conocido su estado de insolvencia cuando, entre otros, se da cualquiera de los siguientes supuestos:

a) El incumplimiento de pago de las obligaciones tributarias exigibles durante tres meses;

b) El incumplimiento de pago de las cuotas de Seguridad Social, y demás conceptos de recaudación conjunta, por tres meses;

c) El incumplimiento de pago de salarios e indemnizaciones y demás retribuciones derivadas de relaciones de trabajo, correspondientes a las tres últimas mensualidades.

Por tanto, acontecidos esos impagos, el deudor dispone de dos meses para presentar el concurso de acreedores. Podemos acudir al “comodín” del mal llamado “preconcurso”, del art.5.bis, el cual nos concede 3 meses más para intentar llegar a un acuerdo con los acreedores, pero transcurrida esa concesión legal, se tendrá que presentar el concurso de acreedores si no hemos salva-

do la insolvencia.

La consecuencia del incumplimiento la marcan los artículos 164 y 165 de la Ley Concursal: la posibilidad de que el concurso sea calificado como “culpable”, con el grave alcance que ello supone en materia de responsabilidades económicas para el administrador de la empresa.

Por último, es importante señalar que la obligación de conocer la insolvencia concursal corresponde al empresario individual o a los componentes —todos— del órgano de administración de la sociedad mer-

cantil. Esto es, no cabe echar las culpas a la gestoría, al contable, al director financiero, etc. La obligación de conocer puntualmente el estado de las cuentas de la empresa corresponde, sí o sí, al administrador de la misma. La consecuencia del desconocimiento puede acarrear la ruina personal de un administrador despistado.

Tengamos en cuenta que, desde luego, los bancos, hacienda, y la seguridad social ni perdonan ni olvidan •

“*El deudor dispone de dos meses para presentar el concurso de acreedores.*”

Soluciones a medida
para el diseño y construcción
de tu stand en EXPO^UMENTAL
14-16 marzo 2014

Oklok



Tu agencia de diseño y publicidad

www.oklok.es / +34 91 366 55 24
C/ Benito Gutiérrez, 33 Bajo B - 28008 Madrid

¡Síguenos!





[DOCTOR
EN ODONTOLÓGIA.
CONSULTOR HEXAGONAL
TRAINING]

Dental Community Management: ¿Por qué estar presente en redes sociales?

EN TRIBUNA: JAVIER LOZANO ZAFRA

Una clínica dental debe considerar su presencia en redes sociales en tanto que el consumidor de servicios, que ahora también puede producir información en internet además de consumirla, está mucho más implicado en cualquier servicio al que acceda y, por qué no, los sanitarios y odontológicos:

- El internauta que genera contenidos interacciona de modo mucho más personal con la clínica y genera lazos afectivos con la misma.

- El internauta 2.0 ya no va en busca de la web de la clínica, sino que explora las diferentes redes sociales y, si queremos a ese usuario, es necesario ir a buscarlo donde está.

- El paciente que navega por redes sociales e interacciona con nuestros perfiles funciona como amplificador de una buena estrategia de marketing: si se convence al usuario del servicio dental que se está ofreciendo, él amplificará los resultados.

Así, toda nuestra estrategia y nuestros recursos en redes sociales deben partir de la premisa de que una recomendación que viene de alguien de confianza tiene muchísima más repercusión que un mensaje publicitario repetido incontables ocasiones.

Dental Community Manager

En este nuevo marco, debemos valorar la creación en nuestra clínica de la figura de un 'Dental Community Manager' que pueda interactuar con el paciente en los momentos en que éste no está en consulta, aumentando la frecuencia de nuestros contactos con él, mejorando nuestra relación con ellos y exponiéndoles nuestra cartera de servicios, además de abrir un nuevo canal para recibir sus comentarios y sugerencias en tiempo real, las 24 horas del día, durante todos los días del año.

Esta es una figura que, idealmente, debe ubicarse en una posición que tenga acceso a criterios clínicos y de marketing de la consulta, siendo odontólogos e higienistas dentales los dos perfiles que más se adaptan a estas características, si bien puede recurrirse a otros miembros del equipo con conocimiento en redes sociales, quienes se ocuparán de todo lo relacionado con la clínica en internet y redes sociales.

Sus funciones serían:

- Crear comunidades alrededor de la clínica
- Hacer de relaciones públicas con el usuario on-line
- Comunicar a la clínica las demandas y sugerencias de los internautas
- Defender la marca ante esos usuarios
- Crear una relación de confianza con los pacientes virtuales

Aunque en algunos casos la persona designada para esta tarea puede tener experiencia previa en este tema, en muchas ocasiones tendrá que empezar de cero, por lo que lo más frecuente es que deban definirse las pautas de actuación del mismo, respondiendo a los siguientes ítems:

1. ¿Cuáles son los objetivos de la clínica en las redes sociales?

El internauta no confía aún en redes sociales para publicidad sanitaria, por lo que el enfoque debe estar más orientado a la comunicación: dar a conocer el nombre de la clínica, captar nuevos usuarios o 'amigos', y mejorar la percepción de la odontología en nuestro entorno geográfico más inmediato.



QUIERE FINANCIACIÓN FÁCIL?

PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



FINCLINIK'S
FINANCIACIÓN CLÍNICA

2. ¿A qué perfil de paciente nos dirigimos?

Debemos pensar en nuestra tipología de paciente: si es una clínica de especialidades, como ortodoncia o implantología exclusivas, que nos marcará la edad y el poder adquisitivo del paciente, si tenemos un gran número de pacientes pediátricos, que nos hará orientar nuestros mensajes a un público más infantil... En función de ello, orientaremos nuestro mensaje y las redes sociales en las que estaremos presentes, puesto que también éstas tienen un público definido.

3. ¿Qué hemos hecho hasta hoy y qué hace nuestra competencia?

En función de lo que se haya hecho en nuestro entorno más inmediato, que normalmente estará más saturado y desarrollado en grandes ciudades, desarrollaremos una estrategia más sencilla o más compleja, en este último caso para ponernos a la altura de la competencia, algo relativamente fácil si la clínica lleva tiempo realizando acciones en redes sociales, y más arduo si no ha sido así.

4. ¿Disponemos de presupuesto?

Aunque una de las ventajas de este tipo de medios de comunicación es, como hemos indicado anteriormente, que tienen un coste directo reducido o nulo (descontando las horas destinadas a su desarrollo e implementación), en algunos casos podemos querer desarrollar pequeñas campañas o sorteos, o necesitar la adaptación de imágenes por parte de una agencia de diseño gráfico, para lo que es importante de antemano saber si disponemos de un presupuesto, por reducido que sea, para realizar pequeñas acciones de promoción en redes sociales.

Valores de la comunicación 2.0

El comunicólogo Gorka Zamarreño marca cinco valores imprescindibles en la comunicación 2.0 que deberíamos tener en cuenta en nuestros mensajes:

1. Cercanía.
2. Confianza.
3. Simplicidad. El mensaje que haya que transmitir debe ser comunicado de forma sencilla y escueta.
4. Transparencia. La confianza viene a través de la sinceridad y de la franqueza en la exposición de datos.
5. Asequibilidad. En la era de Internet, los gastos tradicionales (maquetación, paquetación, montaje, distribución, exhibición de folletos o soportes publicitarios) se han reducido completamente, y eso es algo de lo que el usuario es plenamente consciente. Los mensajes tienen que ofrecer soluciones asequibles a las necesidades del usuario, y un proceso sencillo en la obtención de los productos. Un usuario al que le cueste llegar a nuestro servicio odontológico es un usuario perdido.

¿Qué podemos contar en redes sociales?

La comunicación clínica en redes sociales es compleja, ya que puede ser entendida como excesivamente publicitaria, o como un perfil 'intruso', por lo que debemos tender a un modelo de conversación que nos convierta

en un usuario más.

Igualmente, deberíamos huir de insistir en exceso y de forma repetitiva en temas como:

- El cepillado dental
- El uso de pasta o hilo
- Dar saludos o mensajes sin contenidos copiados de otras fuentes
- Aspectos básicos que el paciente ya conoce

Estos últimos pueden hacer que los pacientes se 'cansen' de nuestro perfil en redes sociales, debido al bajo nivel de los contenidos y, por otro lado, a no reconocer ninguna de las caras que está acostumbrad@ a ver en nuestra consulta.

En este sentido, es conveniente 'utilizar' la actividad habitual de los miembros del equipo clínico y administrativo para lanzar mensajes del tipo:

- Nuevas tecnologías disponibles
- Técnicas estéticas y novedosas
- Programas de formación continua
- Casos de pacientes tratados (no necesariamente debe aparecer la cara, bastaría con fotografías intraorales).

De esta forma contribuiremos a generar el vínculo emocional que buscamos conseguir con nuestros pacientes, haciéndonos 'más reales' para ellos, y adentrándonos en la vida cotidiana de nuestra actividad profesional, para que, posteriormente, puedan preguntar por hechos que recuerden sobre estas publicaciones en sus visitas a nuestra clínica.

De este modo, nuestro perfil social adquiere relevancia y prestigio dentro del ámbito de los canales de las redes sociales, demuestra su capacidad de conversar, tanto pública como privadamente, y afianza de forma visible su tarea de defensor del paciente ante cualquier situación, de forma que éste pasa a confiar en nosotros y a utilizar estos nuevos canales para comunicarse con nosotros y canalizar peticiones, consultas y quejas •

Tratamientos estéticos de última generación

Nuevas técnicas de trabajo clínico

Seminarios de formación continua

PUNTEX

Editorial especializada en publicaciones de sanidad, líder en el área dental



PUNTEX
www.puntext.es

Sospir, 33 - 08026 Barcelona
Tel. 934 464 406 - Fax 934 557 215
email: puntext@puntext.es



opea por
s destinos
or los viaje-
rta cultural,
ómica justi-
te la visita.



Sicilia,

la Italia Insular

Sicilia es una región de la Italia insular, y es la mayor isla del Mediterráneo. Se trata de la principal isla italiana y la mayor del mar Mediterráneo. Pero además, se encuentran varias islas más pequeñas: los archipiélagos de las Islas Eolias a nordeste, las Islas Egadas al oeste, las Islas Pelagias al suroeste, y las islas de Pantelleria, al sur, y Ústica, al noroeste. Es la región más extensa de Italia (25.711 km²)¹ y su isla mayor.

Tiene como capital Palermo, y está habitada por más de cinco millones de personas. Esto hace de ella, a pesar de sus grandes dimensiones, la isla más densamente poblada del Mediterráneo des-

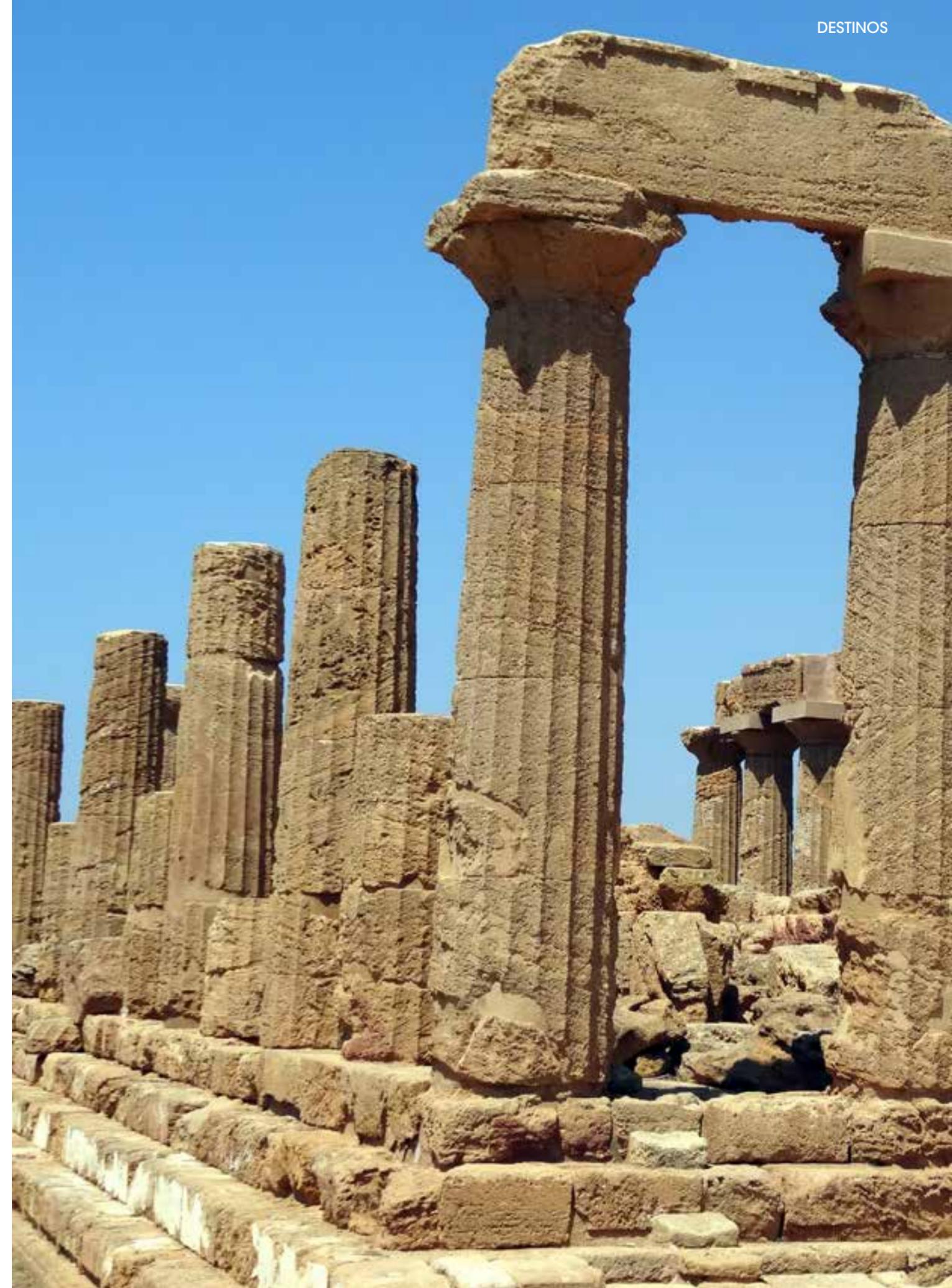
pués de Malta. Es la única región italiana que tiene dos ciudades entre las diez más pobladas del país: Palermo, quinta, y Catania, décima. Es uno de los centros turísticos más importantes de Europa, y en el siglo XVIII era la última etapa del Grand Tour, el viaje que los jóvenes aristócratas europeos, en buena parte británicos, llevaban a cabo en Europa—muchos en Italia— para perfeccionar su educación y formación espiritual.

Tanto la isla principal, como las que la rodean, son de origen volcánico. Hoy en día sigue habiendo una gran actividad, con varios volcanes en activo: Etna, Stromboli, Vulcano.

Sicilia está separada del continente por el Estrecho de Messina, por unos 3 kms.

Su posición estratégica en el Mar Mediterráneo, la convirtió en zona de paso para toda clase de civilizaciones, en ella han dejado su huella griegos, romanos, árabes, españoles, franceses, ...

El siciliano se habla como segunda lengua en la isla; es una lengua romance que descende del latín con más de





260.000 palabras, con influencias de todas las civilizaciones asentadas en la zona: griega, árabe, francesa, alemana, catalana y del española.

Sicilia, con miles de kilómetros de costa, ofrece al visitante paisajes maravillosos, y un increíble fondo marino. El subsuelo es rico en restos de antiguas civilizaciones. Los lugares más interesantes de la costa suroriental italiana incluyen: Pozzallo, Donnalucata, las ruinas de la antigua Camerina (siglo VI d.C.), Gela, con una visita del área arqueológica de Capo Soprano, Falconara, Porto Empedocle, cerca de Agrigento, los restos de Eraclea, Minoa, Sciacca, el excepcional complejo arqueológico de Selinunte, con esplendidos templos dóricos, y la célebre ciudad de los pescadores de Mazzara del Vallo.

Dentro de la provincia de Trapani, y pasando por la sugestiva Marsala, famosa por su vino, antigua ciudad fenicia de Mozia, situada en una pequeña isla, y la costa de Trapani, se llega a la costa Norte de Sicilia. Hay que visitar Terrasini, la Isola delle Femmine, Mondello (la playa de Palermo), Santa Flavia, Termini y Cefalù famosa por la Catedral del siglo XI.

Si nos adentramos en el interior de la isla el visitante tiene mucho que ver: Randazzo con su Catedral Santa Maria, del siglo XIII, Adrano con una fortaleza romana del siglo XIII, en la cual se en-

cuentra un museo arqueológico, Paternò en medio de olorosos limoneros, Lentini y los restos de la colonia griega de Megara Hyblaea, la necrópoli rupestre de Pantalica; Noto, con un bonito Duomo de estilo barroco, Modica, con la Iglesia de San Giorgio, también de estilo barroco, Calascibetta, con una iglesia del siglo XIII, Castelbuono, con un castillo del siglo XII (Castello dei Ventimiglia), y Monreale, con su famoso Duomo, también del siglo XII.

Recursos naturales de la isla

Sicilia es una isla que ha desarrollado, a lo largo de los siglos, una cultura del cultivo de naranjas, limones, mandarinas, hortalizas, legumbres y frutos secos. El cultivo de la vid y la producción de vinos es otro de los polos en los que se basa su economía. Entre sus vinos más reconocidos destacan el vino de Marsala, de la provincia de Trápani, el Moscato de Pantelleria, Malvasía de Lipari, Nero de Avola, y el más importante vino siciliano de hoy día es el Cerasuolo de Vittoria.

La pesca y la industria alrededor de esta actividad, junto con las conocidas salinas de Trápani constituyen recursos muy valiosos para Sicilia.

Asimismo, la industria del turismo es una actividad en crecimiento, favorecida por la presencia de numerosos sitios arqueológicos (Morgantina, Valle de los

Templos, Selinunte) y las bellezas naturales. En los últimos años se ha invertido sobre la capacidad receptiva de los albergues, favoreciendo el incremento de su presencia en la isla. Entre otros destinos turísticos de renombre están localidades como Taormina, Agrigento, Siracusa, Caltagirone, Cefalù y Piazza Armerina (Villa del Casale). El interior de la isla, es un lugar rico en historia, tradiciones y, sobre todo, en arte y cultura, fortalezas, iglesias, bosques y espacios naturales de importancia que le dan valor a las áreas internas de las provincias de Enna, Catania, Caltanissetta y Palermo.

Cultura independiente

La cultura siciliana presenta la característica particular de encontrarse en un contexto apartado de la realidad italiana, expresándose a veces como una realidad distinta.

Sicilia es un lugar donde el ambiente, el paisaje, la historia y los habitantes determinan una sensibilidad diferente. Así lo testimonian los numerosos nombres que han hecho y hacen de Sicilia una tierra de cultura. Pintura, cine y escritura, por citar algunos campos del saber, distinguen el modo de hacer arte de los sicilianos.

En esta tierra nace la literatura italiana, junto a la Corte de Federico II, ésta



es la tierra de los viajeros, de aquellos que descubrieron el conocimiento en los orígenes griegos de Occidente; la tierra de las revueltas de los fasci siciliani, de la lucha entre la legalidad y la ilegalidad mafiosa.

La lengua oficial hablada en Sicilia es el italiano. Pero gran parte de la población local habla también el siciliano, u sicilianu.

En la historia de las distintas dominaciones de los pueblos que se fueron sucediendo, Sicilia ha creado una identidad propia y única que se expresa en las múltiples identidades de sus habitantes •

“El Mayordomo”

La segregación racial en la Casa Blanca



Basada en una historia real que publicó el Washington Post cuando se veía venir la victoria de Obama y se buscaban precedentes. “El Mayordomo” es una película que se convierte en una crónica de la lucha por los derechos civiles de los afroamericanos en la segunda mitad del siglo XX. La historia relata la vida de Cecil Gaines, un joven que debe huir del profundo sur estadounidense para salvar la vida. En la capital, logra convertirse en un profesional del servicio doméstico y llamar la atención de la Casa Blanca para incorporarse como mayordomo. El personaje central, es testigo directo de algunos de los episodios históricos vividos por los Presidentes de EEUU, desde Eisenhower hasta Obama. Vietnam, el asesinato de Kennedy, las intrigas de Nixon o el movimiento por los Derechos Civiles de los Afroamericanos le convierten en protagonista de la historia reciente de los EE.UU.

Paralelamente, el protagonista tiene que hacer frente a los graves problemas familiares que le acarrea su excesiva dedicación al trabajo. Forrest Whitaker, ganador de un Oscar por “El Último Rey de Escocia”, gracias a su grandiosa interpretación del dictador Idi Amin de Uganda, da vida y dignidad a ese hombre que sabe hacer muy bien lo que hace, servir, aunque se debate internamente en el conflicto, que es otro de los focos del filme: la lucha contra las injusticias del sistema (que es ejemplarizada por su hijo activista), y su actitud resignada hacia ese orden establecido, como forma de sacar a su familia adelante y proporcionarles un futuro digno.

“*“El mayordomo” es una película que reúne todos los ingredientes para competir por los Oscars del próximo año.*”

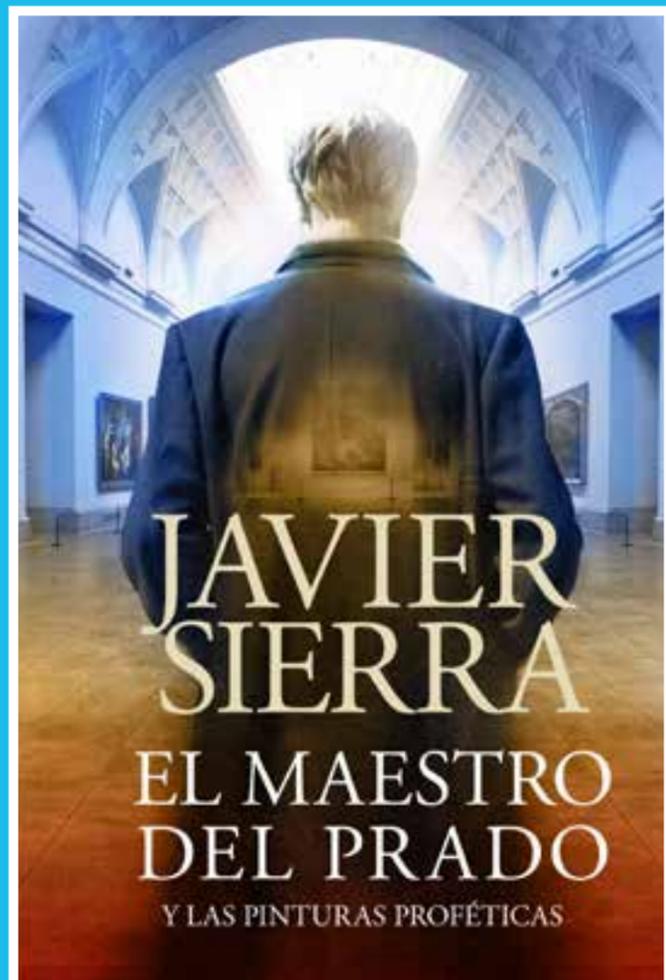
El director de la cinta, Lee Daniels, construye un sólido drama sobre la evolución de los derechos civiles, durante el S.XX, en los Estados Unidos, en el transcurso de ocho mandatos presidenciales (1957-1986). Candidato al Oscar por la sorprendente “Precious”, en 2009, Daniels repasa los hechos más destacados de la última mitad del siglo: los asesinatos de JF Kennedy y Martin Luther King, el movimiento por el reconocimiento de los Derechos Civiles, las revueltas sociales y los disturbios raciales, Vietnam, Watergate, los Panteras Negras, etc...a ojos de Cecil Gaines, un afroamericano que llega a ser mayordomo principal de la residencia presidencial debatiéndose entre su impecable labor profesional y los problemas para criar a sus propios hijos.

“El mayordomo” es, por otro lado, un gran foro de encuentro de grandes actores, además del ya mencionado Whitaker. La estrella televisiva Oprah Winfred, nos demuestra sus grandes dotes como actriz, John Cusack, Cuba Gooding Jr, Terrence Howard, David Oyelowo, el rockero Lenny Kravitz y hasta la cantante Mariah Carey, completan un estupendo reparto •

EL MAESTRO DEL PRADO, UN APASIONANTE RECORRIDO POR LAS HISTORIAS SECRETAS DE LA GRAN PINACOTECA

Después del éxito de *La cena secreta* y *El ángel perdido*, Javier Sierra vuelve con una trama sorprendente, protagonizada por sí mismo, que nos lleva al corazón de los cuadros más enigmáticos del Museo del Prado. Una lectura vibrante en la que descubrirás los secretos de esas obras de arte... y la existencia de «los invisibles», maestros de origen rosacruz que aparecen cada cierto tiempo para compartir sus saberes secretos con algunos elegidos.

1990. Javier Sierra es un joven de provincias que llega a Madrid para sacar adelante su carrera de periodismo. Trabaja en una revista esotérica y lo que más le gusta es perderse por los pasillos del Museo del Prado. Una tarde, mientras contempla la Sagrada Familia de



Rafael, aparece a su lado un enigmático personaje que señala la influencia del Apocalipsis Nova en el artista.

Poco a poco, ese hombre que dice llamarse Luis Fovel se convertirá en el maestro de Javier y le revelará la línea que separa lo visible de lo invisible en los cuadros de Leonardo da Vinci, Sandro Botticelli, Tiziano, El Bosco, El Greco, Juan de Juanes... ¿Quién es realmente Luis Fovel? ¿Por qué hay personas que insisten en que Javier debe dejar de ver a ese hombre? ¿Es cierto que algunos cuadros son la puerta que separa el mundo de los vivos del mundo de los muertos?

El Maestro del Prado es un excelente relato que nos propone un apasionante viaje en el tiempo al Renacimiento, un recorrido por las historias más desconocidas y secretas de una de las pinacotecas más importantes del mundo •

JULIO ROMERO DE TORRES. ENTRE EL MITO Y LA TRADICIÓN EN EL MUSEO DE BELLAS ARTES DE SEVILLA

El Museo de Bellas Artes de Sevilla presenta un recorrido por la obra de uno de los pintores más populares de la historiografía española, **Julio Romero de Torres**, a la vez que reflexiona sobre su trayectoria creativa a través de diversos capítulos dedicados a los temas más recurrentes de su producción.

Esta muestra, tras su paso por el **Museo Carmen Thyssen de Málaga**, llegó a Sevilla a finales de septiembre y se podrá visitar en la capital hispalense hasta el 12 de enero de 2014.

La exposición, “Entre el mito y la tradición”, cuya comisaria es Lourdes Moreno, analiza la figura del pintor y su producción pictórica, dos vertientes que se combinaron en una simbiosis identificativa especialmente singular que hizo de él un pintor de leyenda.



RETRATO DE LA SEÑORA COLINET



FUENSANTA



MUJERES SOBRE MANTÓN

A través de su obra, caracterizada por la precisión técnica, pretende reflejar una ambigüedad permanente, gracias a la gran carga simbólica y sensual que contiene cada uno de sus cuadros. Aúna influencias de los pintores del primer renacimiento con una estética casticista, para evocar la importancia que la imagen de Andalucía tuvo en la pintura es-

pañola durante los inicios del siglo XX. Asimismo, la historia de Julio Romero de Torres (Córdoba, 1874-1930), no se entiende sin conocer su íntimo vínculo a su ciudad natal y su estrecha relación con la pintura, descendiendo del también pintor Rafael Romero Barros y teniendo como hermanos y compañeros de profesión a Enrique y Rafael Romero de Torres •

[DENTAL CARRETERO FORMACIÓN]

Estética en la Rutina Diaria de la Clínica con resinas compuestas



Y es que éstas cada vez cobran mayor importancia en la práctica diaria. El paciente llega a exigir el mismo nivel estético para una corona que el que demanda para una carilla de cerámica o una reconstrucción de composite.

Durante la realización del curso se explicaron las técnicas de trabajo y los materiales de forma teórica y práctica, con el fin de obtener un protocolo de aplicación de materiales que permitiese obtener resultados predecibles y altamente estéticos con resinas compuestas.

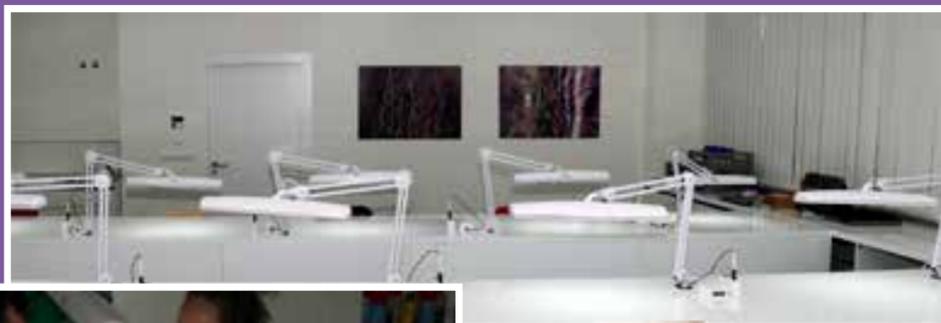
Los asistentes pudieron probar el novedoso composite Bulk Fill modelable, Tetric EvoCeram Bulk Fill, y su portentosa capacidad de obturación en capas de 4 mm, debido al fotoiniciador patentado Ivocerín y reduciendo el estrés de contracción. También pudieron comprobar las ventajas del uso de la magnificación, gracias a la aportación de Zeiss.

Los asistentes finalizaron el curso reforzando su capacitación para la toma de decisiones a la hora de afrontar un problema estético, cuya solución sea el uso de las resinas compuestas •

Durante los pasados días 20 y 21 de septiembre se celebró un nuevo curso sobre composites organizado por Dental Carretero Formación en sus instalaciones situadas en la ciudad de León.

El curso, llamado “Estética en la Rutina Diaria de la Clínica con resinas compuestas”, se ha convertido en una de las convocatorias con más éxito del año.

Dental Carretero Formación ofrecía sus magníficas instalaciones donde los cursillistas han perfeccionado su técnica en las restauraciones estéticas con composite.



Dental Carretero
FORMACIÓN

ivoclar
vivadent
passion vision innovation

[IMPLANTOLOGÍA]

La implantología actual paso a paso: de lo simple a lo complejo

Este el título del curso impartido en Teruel, dentro del área de Formación Continuada por parte del Consejo General de Dentistas de España.

Se abordaron, con gran claridad, todos los pormenores de la Implantología, válidos tanto para los odontólogos que se inician en esta disciplina como para los que ya tienen más experiencia.

Con una asistencia de 15 profesionales tuvo la particularidad de ser muy interactivo, con un gran cambio de información y preguntas con el dictante, lo que sirvió para aclarar muchas dudas de esta disciplina de nuestra profesión •



EL DOCTOR MANUEL MARÍA ROMERO CON LOS ASISTENTES AL CURSO.

[ÉCIJA, SEVILLA]

Curso de Odontología Forense Análisis de Huellas de Mordeduras

Esta sesión formativa, que tuvo lugar en Écija (Sevilla), estuvo organizada por el Dr. Joaquín Lucena (Jefe de Servicio de Patología Forense y Presidente de la Sociedad Española de Patología Forense) •



[ZIMMER VISITING CENTER]

III Monográfico de elevación del seno maxilar

Por otro lado, y tras el éxito de las dos primeras ediciones, Zimmer Dental anuncia la convocatoria del curso “Monográfico de elevación del seno maxilar. Paso a paso en la técnica cerrada y técnica abierta”, que impartirá el Dr. Daniel Capitán Maraver el próximo día 14 de Febrero, en las instalaciones de su clínica privada situada en la provincia de Barcelona.

El curso comprende formación a nivel teórico y clínico, ya que se realizará una cirugía en directo sobre las técnicas previamente tratadas. Zimmer Dental, proveedor líder de productos dentales de rehabilitación oral, aportará los materiales necesarios para ambos cursos •

II Curso básico de implantes

Zimmer Dental anuncia el “Curso básico de implantes”, que impartirá el Dr. Jesús Machuca Ariza entre los próximos días 3 y 7 de febrero de 2014 en las instalaciones de su clínica privada situada en la ciudad de Málaga.

El curso comprende formación a todos los niveles: teoría y práctica clínica

ya que los participantes tendrán la oportunidad de realizar cirugía en pacientes reales aportados por la organización. Todos los alumnos recibirán 20 implantes para usarlos durante el curso •

[COLEGIO DE DENTISTAS DE CORDOBA]

Curso “Cirugía mínimamente invasiva”

El Colegio de Odontólogos de Córdoba, en colaboración con la empresa MIS IMPLANTS, organizó el pasado 18 y 19 de octubre el curso “Cirugía guiada mínimamente invasiva”, en el que participaron un total de 23 colegiados.

El evento contó con la presencia del Dr. Alfonso González de Vega, profesional de amplia trayectoria y experiencia en el manejo de herramientas de diagnóstico avanzadas para el trabajo diario en la implantología dental.

El Dr. González realizó una exposición detallada de conceptos y procedimientos sobre esta técnica de cirugía oral y pudo compartir con los asistentes diversos casos sobre los que se realizó un amplio debate sobre el uso de las técnicas de cirugía guiada.

En la segunda jornada del curso, MIS IMPLANTS organizó para los odontólogos un taller práctico para conocer con mayor detalle aspectos de la planificación de los casos con el Sistema MGUIDE y el uso de las férulas quirúrgicas 3D •

VISITING CENTERS



**TODO LO QUE NECESITA PARA SU CONGRESO O EVENTO
ORGANIZACIÓN INTEGRAL
DE CONGRESOS & EVENTOS
FORMACIÓN POSTGRADO**



WWW.EDUCATIOEDENTALCONGRESS.COM

**SOLICITE INFORMACIÓN
INFO@EDUCATIOEDENTALCONGRESS.COM**

91 856 99 75

667 73 84 59

CALIDAD, EFICACIA & EXCELENCIA: ESA ES NUESTRA GARANTÍA

ORGANIZACIÓN INTEGRAL DE CONGRESOS MÉDICOS ODONTOLÓGICOS, TODAS LAS ESPECIALIDADES; IMPLANTOLOGÍA, PRÓTESIS, ENDODONCIA, PERIODONCIA, ODONTOPEDIATRÍA, ETC.

TODOS LOS SERVICIOS: CATERING, HOSPEDAJE, AZAFATAS, ÁREA DE PRENSA, AUTOBUSES, PROGRAMA DE OCIO, VIDEO, FOTO, REDES SOCIALES, TRADUCCIÓN SIMULTÁNEA, COMUNICACIÓN INTEGRAL EN MASS MEDIA, EMISIÓN NEWSLETTER, CARTELERÍA, ACTOS, REUNIONES, ENTREGAS DE PREMIOS, PONENCIAS, CONFERENCIAS, DISCURSOS, LECTURA DE TESIS, EVENTOS. 25 AÑOS NOS AVALAN.

Un toque de delicadeza para una excelente salud gingival

Controle la presión del cepillado con los cepillos eléctricos de Oral-B



EL 93% DE LOS PACIENTES REDUJO LA PRESIÓN DEL CEPILLADO DESPUÉS DE USAR UN CEPILLO ELÉCTRICO DE LA SERIE PROFESSIONAL CARE 5000 DE ORAL-B[®]

SISTEMA TRIPLE DE CONTROL DE PRESIÓN:

-  1 El sensor de presión interno se activa a los 2,4N, antes de que el paciente aplique una fuerza que pueda dañar sus encías (>3N)
-  2 La luz indicadora se enciende para recordar al paciente reducir la presión
-  3 El cepillo reduce su frecuencia de oscilación y rotación en un 35% y detiene las pulsaciones

Referencia: L. Janusz K et al. J Contemp Dent Pract 2008;9(3):15.

Para más información, llame al teléfono de atención al profesional: **902 200 540**



Continuamos con el cuidado que empieza en su consulta

