

Margarita Salas

“ La investigación en España tiene muy buena calidad, aunque le falta cantidad por su escasa financiación ”



Presentación del libro del Dr. Vicente Jiménez



Ignacio Tremiño
Dtor. General de Políticas de Discapacidad



Jose Manuel Fika
Presidente del Colegio de Odontólogos de Bizkaia



Pasta dental **parodontax**[®],
remueve más
placa con un
solo cepillado de
60 segundos*¹⁻³



Incluya pasta dental **parodontax**[®] como parte de su
recomendación para ayudar a prevenir problemas en las encías^{4,5}

* Dato comparando pasta dental **parodontax**[®] con una pasta dental que no contiene bicarbonato de sodio

Referencias:

1. GSK Clinical Study ES931015. Data on file. January 2011. 2. GSK Clinical Study RH01455. Data on file. November 2012.
3. GSK Clinical Study ES930986. Data on file. January 2011. 4. Yankell S, et al. J Clin Dent 1992;4(1):26-30. 5. Data on file, RH01530. January 2013.
parodontax[®] y otros diseños son una marca registrada del grupo de Compañías de GlaxoSmithKline.

SUMARIO

15 · NOVIEMBRE/DICIEMBRE '14

6 Opinión

8 Actualidad

8 NOTICIAS

Reunión anual de La Pierre Fauchard Academy ·
Henry Schein presenta su portfolio de nuevos productos ·
SEHO celebra su Congreso Anual ·

18 REPORTAJE

44º Reunión de SEPES
Congreso Nacional Hides

28 EMPRESAS

32 Entrevista

32 MARGARITA SALAS

Bioquímica e investigadora científica.

36 JOSE MANUEL FIKA

Presidente del Colegio de Odontólogos de Bizkaia.

40 IGNACIO TREMIÑO

Director General de Políticas de Apoyo a la Discapacidad.

44 Ciencia y salud

44 RCP en el gabinete odontológico

50 Síndrome de la boca ardiente

54 Eficiencia y biocompatibilidad

59 Félix Pérez Arroyo

60 Mejora tu gestión

60 Cuando crecer es un serio problema
Javier Relinque, Abogado.

64 Ocio y deporte

64 DESTINOS: Portugal, el vecino ibérico

68 DEPORTE: Fútbol femenino

**72 ENTREVISTA: Carla Bartolomé, odontóloga
y jugadora de fútbol**

78 Agenda cultural

Muerte en Venecia, en el Teatro Nacional
"Goya en Madrid", en el Museo del Prado

80 Formación



8



26



32



40



59



68



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

CORRESPONDENTE EM BRASIL

Daniela Lemos Carcereri
correspondente.brasil@odontologosdehoy.com

CORRESPONSAL EN ARGENTINA

Silvina Beatriz Villalba
corresponsal.argentina@odontologosdehoy.com

FOTOGRAFÍA

Helena Galo
Fotolandia

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.

Jesús Albiol Monné, Profesor colaborador del Master de Implantología, Universidad de Lleida, Tarragona.

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.

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, Madrid.

Ángel Gil de Miguel, Vicerrector de Investigación de la 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, Médico Estomatólogo, Valladolid.

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

Daniela Lemos Carcereri, Profesora Titular Departamento de Odontología, Campus Universitario Trindade, Santa Catalina, Brasil.

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 Filaxis, 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.

Javier Relinque, Socio IVB Abogados y Economistas, Sevilla.

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

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

Martín 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 Bucofacial 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.

Silvina Beatriz Villalba, Profesora titular, Universidad Católica de Córdoba, Argentina.

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



18 · 44ª Reunión de SEPES.

El sector se reúne en Málaga, en un encuentro con más de 2000 participantes.



12 · Henry Schein presenta su nuevo portfolio.

Encuentro con la prensa en el Centro Tecnológico de la compañía en Madrid.



14 · Presentación del libro "Ajuste oclusal en implantes y dientes naturales: Oclusión en 3D", del Dr. Vicente Jiménez.

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

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



Organización colegial y tráfico de influencias

F.G.G.

El título de este artículo, de opinión, no pretendo sea entendido desde un punto estrictamente jurídico y, por tanto, el tráfico de influencias debe entenderse en un aspecto coloquial y gráfico, y no por ello menos grave.

Términos como abuso de posición, descaro, o incluso el ancho para mí y estrecho para los demás, podrían ser igualmente válidos.

Pero vayamos al detonante de este artículo. Días pasados el Consejo General de Dentistas de España cursaba una nota de prensa en la que nos informaba que:

“El Consejo General de Colegios de Dentistas de España ha solicitado a una clínica (cita a la clínica en cuestión) que no utilice el logotipo del Consejo General en su página web, como aval de garantía de los servicios ofrecidos por dicha clínica. El Consejo General quiere aclarar a la población que, en ningún momento ha autorizado a ninguna clínica (cita a la cadena de clínicas en cuestión,) el uso de su logotipo, ni para este fin ni para ningún otro.”

Por otro lado, la citada página web ofrece información que podría inducir a error a la población ya que en ella se habla de “especialidades” y presenta a sus dentistas como “especialistas”, algo que no es correcto ya que en España no existen las especialidades oficiales en Odontología.

Por estos motivos, el Consejo General considera que (cita a la clínica en cuestión) estaría divulgando una información engañosa al utilizar de forma indebida el logotipo del Consejo General para acreditar la calidad de los servicios odontológicos que ofrece. Asimismo, se estaría induciendo a error entre los pacientes al hablar de una supuesta especialización”.

El autorizar el uso del logotipo del Consejo General, no me cabe duda de que es potestad del propio Consejo, ahora bien, me cabe la duda, a tenor del texto remitido, de si a otras clínicas sí se les autoriza.

Si el hecho de estar colegiado no avala nada, ¿a qué tanto empeño en decir a la población que se asegure de que

su dentista está colegiado?. Porque hasta donde yo llego todos son colegiados, y mientras no se demuestre lo contrario, su actuación profesional es correcta. Y si el Consejo General participa del “Estado de Derecho”, las distinciones entre colegiados no caben.

Ahora bien, volviendo al texto de mi encabezamiento me pregunto, ¿cómo debe entenderse que el Presidente del Colegio de Aragón y miembro del Comité Ejecutivo del Consejo, D. Luis Rasal Ortigas, en su página web para ofrecer sus servicios profesionales coloque como mérito para atraer pacientes sus cargos de Presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Aragón, Presidente del Comité Central de Ética del Consejo General de Dentistas de España, ex Presidente de Comisión Deontológica del Colegio de Dentistas de Aragón (de 1995-2007)?

¿Se imaginan llegar a un pueblo de Aragón, por poner un ejemplo próximo, y leer “esta tienda es del Sr. Alcalde”?.

“ Cada lector hará su propia reflexión.”

Personalmente mi opinión es clara, y le valen todos los apelativos del inicio. Pero cada lector hará su propia reflexión, claro está.

Ya sé que me dejo en el tintero a otros, pero con el Presidente de la Comisión Central de Ética se me antoja especialmente bochornoso, y comparto la indignación que tendrán los miembros del Ejecutivo al ver la web de este Señor, utilizando su cargo en el Consejo y el Colegio, para acreditar sus servicios y conseguir pacientes a costa del cargo, después de lo que les ha preocupado y alterado que alguien utilice el logo de este organismo.

También presumo que no habrá dimisiones ni expedientes, esto ocurre solo en las democracias.

Continúa el Comunicado del Consejo, aludiendo al error que induce esta página web al hablar de “especialidades”, y ahí sí que ya no sé por donde tirar porque no es que nuevamente me encuentre el término Especialidad, Especialista o Especializado, en las páginas web de algunos presidentes y miembros del Comité Ejecutivo del Consejo, es que el mismo Consejo está impartiendo sus propios cursos de “Dentista Especialista”.

Estimado lector le animo a que revise como yo las webs de todos estos señores, que no son la mayoría, y donde alguno hasta incluye a un prótesis dentro del equipo de su clínica.

Lo primero que una institución debe tener es autoridad moral para exigir, ¿la tiene el Consejo General de Dentistas de España? •



PROCOVEN

ODONTOLOGÍA

LA MARCA DE PRÓTESIS
PROTESIS EXPRES
nueva plaza de entrega, consulte condiciones!

LA PRÓTESIS PERFECTA POR

PRECIO

CALIDAD

SERVICIO

— 34 916 407 411 | info@grupoprocoven.com | www.grupoprocoven.com

Licencia sanitaria Nº 5629-PS

[26, 27, 28 DE SEPTIEMBRE, MENORCA, MAHÓN]

Reunión Anual de la Sección Española de La Pierre Fauchard Academy

Los días 26, 27 y 28 de septiembre, Mahón ha acogido este año la Reunión Anual de la Sección Española de la Pierre Fauchard Academy.

El solemne acto fue presidido por la máxima autoridad académica de nuestra Comunidad, el Presidente de la Real Academia de Medicina de les Illes Balears, Excmo. **Sr. D. Macià Tomàs Salvà**, acompañado por el Presidente de la Sección Española de la Pierre Fauchard Academy, **Dr. Pere Riutord Sbert**, el Secretario General, **Dr. F. Xavier Güerri Ripol** y el Presidente de las Jornadas Nacionales Menorca' 2014, **Dr. Andrés Martínez-Jover**.

Fundada en 1936 en Minnesota por el dentista **Elmer S. Best**, la Pierre Fauchard Academy está formada por 119 academias asociadas repartidas por los cinco continentes, con más de 7.000 académicos. La Sección Española de la Pierre Fauchard Academy, representa la única



organización dental española de estas características, agrupando a 128 dentistas.

El médico mallorquín **Dr. Pere Riutord Sbert**, ocupa el cargo de Presidente de la Sección Española de la Pierre Fauchard Academy desde hace un año.

En las jornadas de la reunión han participado importantes conferenciantes como el académico y profesor de la Universidad de Barcelona, Prof. **Vicente Lozano de Luaces**, que maravilló a los asistentes sobre su experiencia en la Fundación Vicente Ferrer.

El Secretario General de la Sección Española de la Pierre Fauchard Academy, el médico de Barcelona, dentista y forense, **Dr. F. Xavier Güerri Ripol**, leyó durante la sesión solemne celebrada en la Sala de Hijos Ilustres del Excelentísimo Ayuntamiento de Mahón, un resumen de los currículums de los nuevos académicos •

IV JORNADAS de Actualización en implantología

Bilbao. 30 de enero de 2015

implantología en estado puro

PONENTES

Dr. Arturo Sánchez Pérez
 Dr. Carlos Larrucea Verdugo (Chile)
 Dr. David Esteve Colomina
 Dr. Eduardo Estefanía Cundín
 Dr. Fernando Rojas Vizcaya
 Dr. Ion Zabalegui Andonegui
 Dr. José Luis Cebrián Carretero

Dr. José Manuel Aguirre Urizar
 Dr. Juan Carlos de Vicente Rodríguez
 Dr. Marco Esposito (Italia)
 Dr. Miguel Peñarrocha Diago
 Dr. Pablo Domínguez Cardoso
 Dr. Pablo Galindo Moreno
 ...

LUGAR

Universidad del País Vasco
 Auditorio Mixelena
 Avenida Abandoibarra, 3
 48009 Bilbao (España)

En:

PROGRAMA GENERAL

- Regeneración e injertos
- Peri-implantitis
- Sector anterior estético
- Factores de riesgo en implantología

CURSOS

- Curso para auxiliares
- Curso para técnicos de laboratorio

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 Josune) - info@mozo-grau.com

MOZOGRAU®
 IMPLANTES DENTALES

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

[CON LA PARTICIPACIÓN DE LOS COLEGIOS DE ALMERÍA, GRANADA Y JAÉN]

Torneo de Golf Triangular en Almería



El pasado 20 de septiembre se celebró en la localidad de Roquetas de Mar (Almería), en el Club de Golf Playa Serena el "V Torneo de Golf

Triangular Santa Apolonia 2014", organizado por el Colegio de Dentistas de Almería, en el que participaron miembros de los Ilustres

Colegios Oficiales de Dentistas de Almería, Granada y Jaén •

[PROGRAMA DE ASISTENCIA]

La Caixa apoya a la Fundación Odontología Social

La oficina de la Caixa situada en la calle Marqués de Pickman (zona Nervión, Sevilla), ha realizado una importante aportación para sufragar íntegramente la atención odontológica de 80 niños y jóvenes pertenecientes a comunidades en situación de exclusión social del barrio de las 3.000 viviendas del área "Las Vegas", una de las zonas más deprimidas de la capital andaluza.

Este programa de asistencia se desarrollará a partir del mes de diciembre de 2014, con un enfoque preventivista y asistencial. Está programado que tenga continuidad y que se amplíe al resto de población de la zona. Una gran iniciativa digna de agradecimiento •



[CELEBRACIÓN ANTIGUOS ALUMNOS]

XXV Aniversario IX promoción de la Escuela de Estomatología de Oviedo



Hace ahora 27 años 30 jóvenes médicos recién licenciados nos presentamos, repletos de ilusión, curiosidad y esperanza en la escuela de Estomatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo. Nada más llegar nos entregaron una lista con la que llenamos un voluminoso cajón de útiles, productos y materiales de nombre imposible y utilidad indescifrable, con el que poco a poco nos fuimos familiarizando. Bajo la sabia dirección de un formidable plantel de profesores y en un inolvidable ambiente de compañerismo y camaradería fuimos conociendo los secretos imprescindibles de la estomatología, y 2 años más tarde, 2 años de trabajo estudio e intensa relación humana, estuvimos en condiciones de empezar a ejercer esta maravillosa profesión. Valladolid, Santander, León,

Madrid, Barcelona, Asturias..., vieron llegar a esta nueva promoción de estomatólogos ilusionados y competentes.

Ahora, 25 años más tarde, con el mismo ambiente de amistad y camaradería, nos hemos vuelto a reunir en la antigua Escuela de estomatología para recordar aquellos felices años de formación y compartir experiencias e ilusiones para el futuro. El acto tuvo lugar en el salón de actos de la Escuela, donde hubo un emocionado recuerdo para Manolo Rodríguez, profesor de Prótesis I, una gran ayuda en nuestros primeros pasos, y Juan Carlos Lozano, compañero de fatigas, que nos dejaron hace ya unos años.

El acto estuvo amenizado con una divertida proyección de fotos de los años que compartimos en la Escuela. Después, todos tuvimos

el privilegio de volver a disfrutar de la erudición, capacidad docente y amenidad de nuestro profesor de Conservadora, Javier García Barbero, catedrático de Odontología conservadora en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid, aptitudes de la que tanto nos beneficiamos durante su único año de catedrático en Oviedo.

Pedro Lafita •

[22 DE OCTUBRE]

Henry Schein España presentó innovaciones en su portfolio



El pasado 22 de octubre se celebró el primer «Encuentro con la Prensa» exclusivo de Henry Schein en el Centro Tecnológico de la compañía en Madrid. El acto contó con la asistencia de representantes de la prensa especializada en salud dental que se reunieron para mejorar su conocimiento de la compañía, y sus ofertas de servicio integral. Asimismo, durante el transcurso del encuentro, se comentaron diversos temas relacionados con el futuro del sector de la odontología en España y, en especial, se debatió sobre la penetración paulatina de la tecnología en el mercado.

El evento se inició con una presentación acerca de los desafíos en el mercado español de la salud dental, las innovaciones en el portfolio de productos y servicios de la compañía, así como la presentación de ConnectDental. Desde su introducción, durante la pasada edición de Expodental, en marzo de este año, el programa de solución completa ConnectDental, que se centra en la digitalización odontológica y en el flujo de trabajo digital óptimo entre la consulta del dentista y el labora-

torio, ha integrado varios productos adicionales que ayudan a mejorar la eficiencia de la consulta y del laboratorio, y a mejorar la calidad de la atención al paciente.

Los asistentes a este acto tuvieron la oportunidad de conocer más acerca de los productos y los diferentes servicios de este distribuidor especializado en salud dental mediante demos de información interactivas. El equipo de especialistas informó sobre las mejores prácticas en los ámbitos de los sistemas ópticos de CAD/CAM y los sistemas digitales, las radiografías digitales, la higiene, así como sobre los sistemas láser.

Según manifestó Juan M. Molina, director general de Henry Schein para España y Portugal «estamos muy contentos de que tantos periodistas hayan aceptado nuestra invitación para tener información de primera mano sobre Henry Schein. Como proveedor de servicios integrales, el desarrollo continuo de nuestros equipos y de nuestros servicios es un factor esencial». Por otro lado, añadió que «la digitalización está ganando importancia



JUAN M. MOLINA, DIRECTOR GENERAL DE HENRY SCHEIN EN ESPAÑA Y PORTUGAL, DURANTE SU PRESENTACIÓN

en el sector de la salud dental. Por ello, con Connect Dental, Henry Schein se quiere adelantar a estos cambios y está bien preparado para ofrecer estos servicios a nuestros clientes. Un factor crucial para nuestro éxito es nuestro equipo y la estrecha colaboración de nuestros especialistas en todas las áreas, así como con nuestros socios proveedores».

Además de estos temas, los participantes también recibieron un resumen detallado del programa global Henry Schein Cares y sobre proyectos equivalentes españoles, como el lanzamiento del exitoso programa Back to School® en Europa, en colaboración con ICEAS en España •



DEMO DEL WORKFLOW DIGITAL CONNECTDENTAL

[NUEVO PRESIDENTE DE LA EFP]

Phoebus Madianos, nuevo Presidente de la Federación Europea de Periodontología

Phoebus Madianos es el nuevo Presidente de la Federación Europea de Periodontología, organización paneuropea compuesta por 29 sociedades científicas nacionales y más de 16.000 periodontistas y otros especialistas dentales. El Prof. Phoebus Madianos sucede al belga Dr. Michèle Reners, y tratará de seguir con la expansión de la organización a nivel europeo.

Phoebus Madianos es muy consciente del papel de la EFP como organización clave para el rigor científico y su difusión en la periodoncia europea, y tiene como objetivo hacer que la Federación sea más accesible y fortalecer su influencia entre toda la comunidad dental Europea, desde los periodontistas y otros especialistas dentales, hasta los higienistas y odontólogos en general.

Uno de los principales retos a los que se enfrenta Madianos es lograr el reconocimiento oficial de la periodoncia como especialidad médica, a lo largo de los 28 países de la Unión Europea. Asimismo, el nuevo Presidente confía en que este estatus

pueda ser logrado más allá de los 12 países donde cuenta con reconocimiento legal como en: Bélgica, Bulgaria, Croacia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, Portugal, Rumania, Eslovenia, Suecia y el Reino Unido.

En estrecha relación con este objetivo de pleno reconocimiento es “la creación de un plan de estudios común para estudios de postgrado en Periodoncia, promovido por la EFP de acuerdo con criterios estandarizados, un proyecto destinado a permitir la libre movilidad de los profesionales de la periodoncia de toda la UE, siendo el objetivo final la mejora de la calidad de los tratamientos y la salud dental general de las personas”, explicó Madianos.

EuroPerio8, el evento de referencia de 2015

El inicio de la presidencia Madianos de la EFP coincide con los preparativos finales para la EuroPerio8, Congreso que se celebrará en Londres del 3 al 6 de junio de 2015.

EuroPerio8 será un evento profesional de primer nivel que conta-

rá con los principales especialistas mundiales y con un programa de vanguardia científica coordinado por Mariano Sanz •



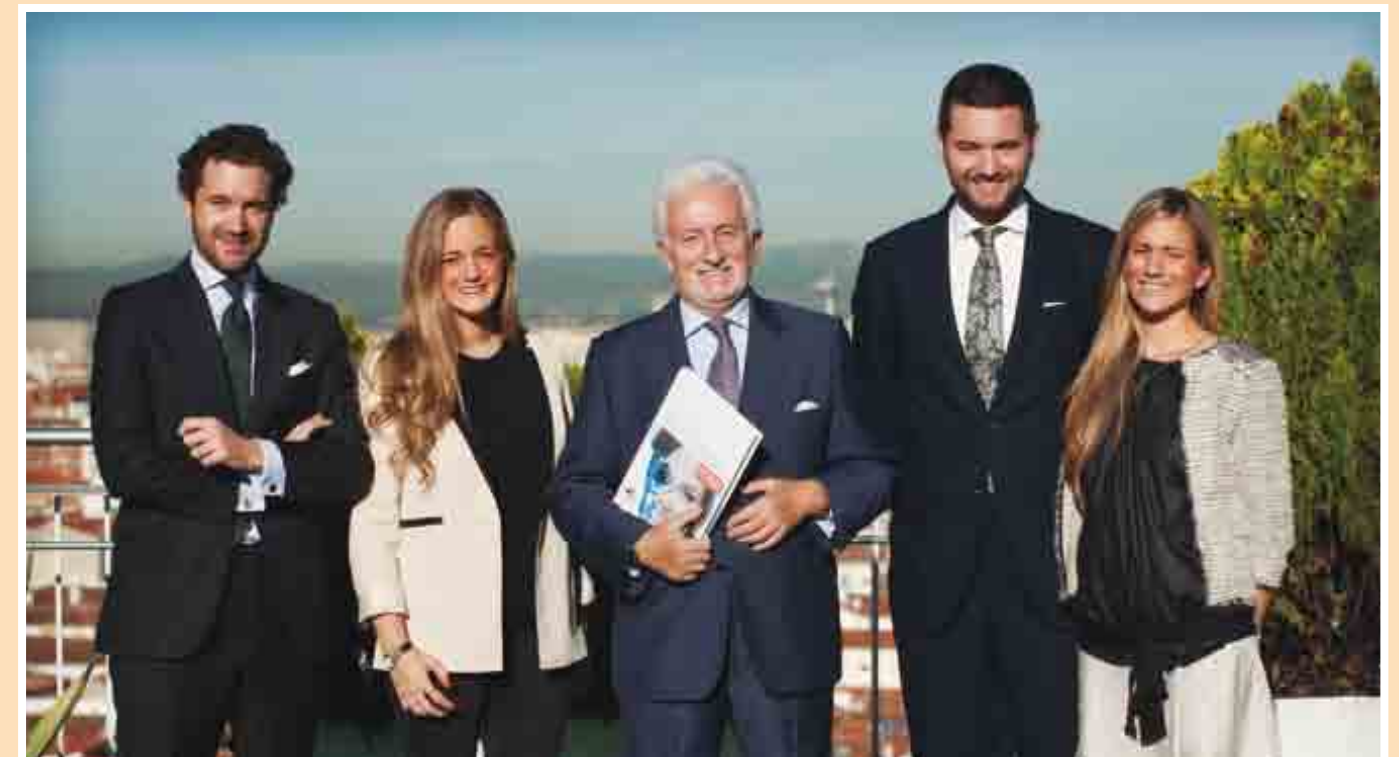
[EN EL COEM]

Presentación del libro "Ajuste oclusal en implantes y dientes naturales: oclusión en 3D"

El pasado viernes 24 de octubre tuvo lugar en la sede del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Primera Región (COEM), la presentación del libro "Ajuste oclusal en implantes y dientes naturales: oclusión en 3D" escrito por el Dr. Vicente Jiménez López.

El acto, al que acudieron numerosos colegiados, fue presentado por el presidente del COEM, el Dr. Ramón Soto-Yarritu, y el periodista y ex director del diario El Mundo, D. Pedro J. Ramírez Codina.

Una vez presentado el libro, el periodista ofreció la conferencia "La Oclusión y disfunciones en la política", donde habló de temas de actualidad y de sus planes de futuro, entre los que se encuentra la creación de un nuevo medio de comunicación •



EL DR. VICENTE JIMÉNEZ ACOMPAÑADO DE SUS CUATRO HIJOS, TODOS ELLOS PROFESIONALES DEL MUNDO DE LA ODONTOLÓGIA.

situaciones forzadas, lo que da lugar a una problemática o una patología. Esto se produce cuando hay una interrelación de varios problemas: stress, tensión, personas que adoptan posturas fuera de la zona de relax de la boca, etc...

ODH: ¿Considera su libro la culminación de una vida dedicada en buena parte a la formación?

V.J.: Para mí es la culminación profesional de mi vida, la posibilidad de poder dedicarme a la enseñanza, que es una de las cosas que más me

frutar dando charlas y conferencias en este momento final de mi vida profesional.

ODH: *Cómo considera el nivel actual de los profesionales en España?*

V.J.: El nivel actual de los odontólogos españoles es muy bueno. La odontología española ha mejorado una barbaridad desde que yo inicié mi trayectoria profesional en los años 70. España es de los países del mundo donde se hace mejor odontología, hay profesionales que tienen una gran motivación e ilusión. Estamos al nivel de los países donde hay mayor nivel de profesionalización como Francia, Italia, Alemania, y desde luego, a unos precios mucho más competitivos. Me encantaría que todos los odontólogos de España fueran conscientes de que hay una gran necesidad de prevención en el tema de la oclusión.

ODH: *¿Qué cree usted que le falta a esta profesión en este momento, y que le sobra?*

V.J.: A la profesión le sobra número de profesionales, ya que hay demasiados dentistas, lo que obliga a hacer sobretreatamientos. Algo que sobra es la sensación de que se considere que vale todo, parece que hemos llegado a una situación de "el supermercado del diente". Y quizá lo que falte es que haya más odon-

tólogos que sean médicos, ya que la medicina te da una visión global de lo que es el cuerpo humano. La boca debe ser considerada una parte fundamental dentro de la funcionalidad dentro del cuerpo. Nuestra medicina debe ser curativa y preventiva, las dos cosas a la vez, dentro de la odontología. Y, con respecto a la oclusión, sería fantástico si se enfocara de una forma preventiva •

Tras la presentación de su libro tuvimos la oportunidad de hablar con el Doctor Vicente Jiménez, para comentar con más detalle algunas cuestiones sobre su nuevo libro.

"Odontólogos de Hoy": ¿A quién va dirigido este libro "Ajuste oclusal en implantes y dientes naturales: oclusión en 3D"?

Vicente Jiménez: Va dirigido a todas las personas a las que en su vida profesional les resulte interesante el tema de la oclusión, como puede ser el caso de dentistas, protésicos.... En este libro hemos tratado de resumir las ideas fundamentales de lo que es la oclusión y relacionarlo con la disfunción tempo-mandibular. Hay algunas escuelas que están a favor y otras en contra. Yo estoy absolutamente a favor. Al realizar este manual hemos pretendido que, al mismo tiempo que estás leyendo un libro, todas las figuras que aparecen

se puedan ver en movimiento gracias al 3D. Lo que antes era una imagen fija, ahora son figuras en movimiento, lo que hace que lo entiendas mucho más fácilmente. Aprovecho esta oportunidad para dar las gracias a Daniel Blanco, un profesional magnífico, que me ha ayudado mucho en la organización de este material. El trabajo conjunto ha sido duro, ya que todas las personas que se dedican a realizar figuras en movimiento no tienen ni idea de lo que es una oclusión, un cóndilo, una cavidad, una muela, con lo cual ha sido muy laborioso, por las modificaciones que ha habido que ir realizando para acabar las figuras. También me gustaría mencionar que este libro ha sido un trabajo en equipo entre mis

hijos y yo, ya que somos una familia de profesionales odontólogos. Uno se dedica a prótesis, otra a periodoncia, otra a ortodoncia, otro a implantes y, entre todos, hemos trabajado en el manual, ellos me han aportado casos suyos relacionados con la oclusión para poder reflejar en este libro.

ODH: *¿Puede resumirnos las consecuencias de un mal ajuste oclusal?*

V.J.: Un mal ajuste oclusal por sí mismo no tiene ninguna consecuencia negativa, lo que ocurre es que cuando se produce la persona tiene un gran stress, ya que al mismo tiempo que le da por apretar y rechinar sus dientes, el mal encaje origina

“
La oclusión debería enfocarse de forma preventiva
”

apasiona. Este libro ha sido editado por Quintessence y va a ser traducido al inglés, y a otros idiomas. Otros libros míos han sido traducidos al francés, italiano, coreano..., lo que me ha permitido viajar por el mundo dando charlas y conferencias y enseñando lo que se cuenta en el libro.

En este caso, además, teniendo este material tan bueno, como son las figuras en movimiento, me apetece muchísimo la idea de poder dis-



PORTADA DEL LIBRO DEL DR. VICENTE JIMÉNEZ

[EN FIRA DE BARCELONA]

La IX Edición de FDM da sus primeros pasos



IMÁGENES DE LA ANTERIOR EDICIÓN DEL FORUM DENTAL DEL MEDITERRÁNEO.

La novena edición del Fórum Dental, que tendrá lugar del 7 al 9 de mayo de 2015 en el recinto de Gran Vía de Fira de Barcelona, reunirá a los mejores expertos del sector a nivel internacional y dará a conocer los últimos tratamientos y avances tecnológicos en el campo de la odontología, consolidándose así como el evento de referencia de conocimiento e innovación del sector bucodental de nuestro país.

Fira de Barcelona, acogerá por segunda vez el Fórum Dental que, de nuevo, contará con la presencia de todos los segmentos relacionados con el cuidado bucodental (equipamiento de clínicas dentales y de laboratorios de prótesis, implantología, consumibles, instrumental de clínicas dentales y de laboratorios de prótesis, mobiliario, informática, vestuarios...) y con la visita de miles de profesionales del sector como odontólogos, protésicos dentales, higienistas, estudiantes de diferentes ámbitos del cuidado bucodental, auxiliares de clínica, logopedas, ortodoncistas y cirujanos maxilofaciales, entre otros.

En su última edición, celebrada en 2013, el Fórum Dental registró

la visita de un total de 10.033 profesionales del sector y contó con la participación de más de 150 empresas. El director del salón, Roger Mitjana, confía en que “la próxima edición del Fórum Dental se convierta en una de las mejores plataformas comerciales y de conocimiento del sector bucodental a nivel nacional”.

Para lograr este objetivo, el salón cuenta con el apoyo de gran parte de las asociaciones sectoriales más representativas. En este sentido, el nuevo presidente del Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Catalunya (COEC), Antoni Gómez, ha sido nombrado presidente del comité organizador del certamen. Junto al COEC, el Fórum Dental 2015 cuenta con la colaboración, en su aspecto organizativo, del Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Catalunya (COPDEC), de la Asociación de Higienistas y Auxiliares Dentales de Catalunya (AHIADEC) y del Colegio de Logopedas de Catalunya (CLC).

La presencia de la industria será uno de los grandes atractivos de este encuentro profesional pero, por encima de todo, el Fórum Dental volverá a ser punto de encuen-



ROGER MITJANA, DIRECTOR DE FDM.



HENRY SCHEIN ESTUVO PRESENTE EN LA ANTERIOR EDICIÓN DE FDM.

tro para los mejores profesionales del mundo de la odontología. Bajo el nombre de European Dental Congress, el certamen contará con un extenso programa de actividades en las que destacarán las jornadas específicas destinadas a odontólogos, protésicos dentales, higienistas y logopedas •

[EN SIGÜENZA]

SEHO celebra su Congreso Anual de Historia de la Odontología

La Sociedad Española de Historia de la Odontología (SEHO) celebró en la Hospedería Porta Coeli, en Sigüenza, el pasado 18 de octubre, su XIV Congreso Nacional y VIII Internacional, que fue inaugurado por el Alcalde de la ciudad, D. José Manuel Latre. De acuerdo a la tradición que se iniciara en el primer congreso, y mantenida a lo largo del tiempo pues todos han tenido un tratamiento monográfico, esta vez se abordó el tema: “Los primeros libros odontológicos en Europa”, cuya ponencia principal fue dictada por el presidente de SEHO, Prof. Javier Sanz, quien también presentó la edición facsímil del “Tratado breve y compendioso...” (Madrid, 1570) de Francisco Martínez de Castrillo, precedida por un estudio introductorio suyo. Tras la exposición de las comunicaciones libres se cerró el congreso con la conferencia de clausura dictada por

el Dr. Roberto Gereda con el título: “El libro mayá quiché (Popol Vuh) y la Odontología.” En el apartado social, los congresistas hicieron una visita guiada a la catedral de Sigüenza, en cuyo coro pudieron escuchar un concierto de órgano privado a cargo del organista de la basílica, Prof. Juan Antonio Marco, y visitaron después el Museo Diocesano de Arte Antiguo •



JAVIER SANZ, PRESIDENTE DE SEHO; JOSÉ MANUEL LATRE, ALCALDE DE SIGÜENZA, Y MARÍA JOSÉ SOLERA, VICEPRESIDENTA DE SEHO.

El sector se reúne en Málaga en la 44ª Reunión de SEPES

El congreso anual de SEPES se celebró en Málaga del 10 al 12 del pasado mes de octubre, con la asistencia de 2.000 participantes. El encuentro anual tuvo como eje temático el tema de la innovación y la predictibilidad. **Redacción. Fotografía: Fotolandia.**



La inauguración del congreso contó con la asistencia de D^a Celia Villalobos, Vicepresidenta primera del Congreso de los Diputados y de D. Francisco de la Torre, Alcalde de Málaga, además del Presidente del Congreso, Dr. Eduardo Crooke, el Dr Nacho Rodríguez, Presidente de Sepes, y Gustavo Cabello, Presidente del Comité Científico.

El altísimo nivel de las conferencias de ponentes como Ignazio Loi o Christian Coachman llenó de asistentes los auditorios.

Christian Coachman acaparó durante toda la primera jornada a un entregado auditorio de 1.100 personas e Ignazio Loi completó aforo con su espectacular técnica BOPT. La industria apoyó el congreso de SEPES con la presencia más de 40 stands comerciales.

Esta edición ha sido un absoluto éxito. El número de inscritos superó en un 50% la media de los últimos cinco congresos de SEPES, dato que refuerza la opinión de que la sociedad está en uno de sus mejores momentos, tanto en lo que se refiere a número de asociados 3.100 (incremento de un 25% en el último año) como en actividades científicas programadas.

La Junta Directiva de SEPES, presidida por el Dr. Nacho Rodríguez, ha apostado en estos dos años que lleva al frente de la sociedad por ofrecer cursos y congresos de gran calidad, con tarifas reducidas e interesantes descuentos especiales •



La fundación del COEM galardonada con la 1ª Beca SEPES Solidaria



SEPES otorgó su 1ª Beca Solidaria a la Fundación COEM Comisión de Compromiso Social por su proyecto Salud Oral Básica en zona marginal de Madrid: Cañada Real y El Gallinero. El fin de este proyecto es llevar a la población infantil marginal de La Cañada Real Galiana educación para la salud oral, asistencia odontológica y promover el funcionamiento del sistema de Salud Pública. El proyecto galardonado por SEPES quiere ser un medio para favorecer la inserción de esta población en la sociedad.

La beca, dotada con 6.000 €, fue entregada por el Presidente de SEPES, Dr. Nacho Rodríguez, en la velada de clausura del congreso SEPES 2014.


El presidente del COEM, Dr. Ramón Soto-Yarritu junto a la Dra. Silvana Escuder, Vocal de la Comisión de Compromiso Social del COEM y otros miembros del equipo de la clínica solidaria acudieron a recoger el premio •

Gran afluencia de profesionales



2º SIMPOSIO VALORES SEPES

BARCELONA
30 y 31 de enero 2015

SEDE: Aula Magna  Universitat Internacional de Catalunya
HORARIO: Viernes 30, tarde. Sábado 31, mañana.

9 Valores SEPES + 1 ponente invitado



Dr. Antonio J. Saiz Pardo



Dr. Vicente Faus



Dra. Victoria Sánchez



Dr. Juan Zufia



Dr. Carlos Oteo Morilla



Dra. Marta Revilla



Dr. Bruno Pereira



Dr. José Espona



Dra. Marina García



DR. DIDIER DIETSCHI

TARIFAS REDUCIDAS
hasta el 15 de enero

TARIFAS:
Socios SEPES: 30 € SEPES Jr: 20 €
Amigos SEPES: 75 € No socios: 150 €

Coordinadores:



Dr. Jorge Alonso



Dra. Marta Serrat

¡SEPES te interesa!



Inscríbete en: www.sepes.org - 91 576 53 40



La industria apoyó el encuentro SEPES 2014 con su presencia





SEPES concede su medalla de oro al Dr. Pere Harster i Nadal

La Sociedad Española de Prótesis Estomatológica y Estética concedió su reconocimiento más prestigioso, su Medalla de Oro, al Dr. Pere Harster i Nadal por su valiosa trayectoria profesional en el campo de la prótesis y por su vinculación con SEPES desde su fundación, de la que fue partícipe en 1970.

Su colaboración con SEPES se remonta a la primera Junta Directiva de la sociedad de la que fue miembro desde 1970 a 1973.

Posteriormente fue nombrado vicepresidente de SEPES de 1976 a 1978, y Presidente de SEPES los años 1982 y 1983.

La Dra. Loli Rodríguez Andújar, actualmente Vicepresidenta de SEPES, y pupila y compañera del Dr. Harster en la clínica Bonadex de Barcelona, fue la encargada de ponerle la medalla al Dr. Harster en un emocionante momento •



Seguro de Responsabilidad Civil Profesional



Más de 300.000 profesionales cuentan ya con nuestro respaldo



Responsabilidad Civil Profesional
20
AÑOS
Asegurando su Tranquilidad

A.M.A. ofrece su producto de Responsabilidad Civil Profesional, tanto a los sanitarios como a sus sociedades, como la mejor respuesta a la exigencia legal de cobertura a los daños ocasionados en la actividad sanitaria

- ✓ Cobertura total durante toda su vida profesional
- ✓ Equipo Jurídico especializado en asuntos de Responsabilidad Civil Profesional

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**



[CELEBRADO EN EL PLANETARIO DE PAMPLONA]

Éxito profesional del Congreso Nacional Hides



La XXVI Edición del Congreso Nacional Hides se celebró en el Planetario de Pamplona desde el pasado 17 al 19 de octubre.

El alcalde de Pamplona, Enrique Maya, recibió en el Palacio del Condestable a los más de 150 profesionales que participaron en este evento profesional durante los tres días de ponencias, conferencias y talleres.

El congreso, dirigido a higienistas, auxiliares de clínica y demás personal de clínica dental, tuvo como objetivo estimular la investigación y el progreso en los temas de la salud buco-dental, colaborar en mantener el nivel científico y técnico cada vez más alto en esa materia, y dignificar el desempeño de la profesión de higienista.



Además de la prevención en salud buco-dental, se abordaron cuestiones como la salud oral en las embarazadas y los cuidados del recién nacido, los tratamientos multidisciplinarios en Ortodoncia-Periodoncia, o la apnea del sueño y las repercusiones bucodentales de la bulimia.

Entre otras, podemos destacar la presentación del Dr. Xavier Costa Berenguer sobre las Nuevas tecnologías en enfermedades periodontales y preimplantarias. El Dr. Gustavo Rodríguez, por su parte, realizó en su intervención una presentación sobre la sedación consciente inhalatoria con óxido nitroso, y la monitorización y emergencias médicas en el gabinete dental. Durante el Congreso también se desarrollaron talleres teórico-prácticos sobre Materiales y técnicas de impresión.

El Congreso, contó, asimismo, con presencia de algunas empresas destacadas de la industria dental como Colgate, Dentaid, Listerine, Inibsa, Orbit, Oral B, GSK, e Intra-Lock, entre otras •



Un nombre. Un diseño. Un objetivo.
Estética incomparable.

discovery[®] smart
Pequeño y brillante.

discovery[®] pearl
fascinantemente natural.

D DENTAURUM ESPAÑA



Dentaaurum España S.A. | Saturnino Calleja, 6 (2ºB) | 28002 Madrid | Teléfono +34 91 416 5161 | Fax +34 91 415 4916

www.dentaaurum.de | info@dentaaurum.es

[IVOCLAR]

El sistema Zenostar luce una imagen renovada

Zenostar es el sistema de óxido de circonio de Wieland Dental. Con un versátil rango de indicaciones para restauraciones tanto de dientes individuales como de puentes de unidades múltiples, el material ofrece una amplia variedad de opciones de procesamiento y con más flexibilidad, eficiencia y seguridad, particularmente ahora que Zenostar es compatible con el sistema de estratificación IPS e.max de Ivoclar Vivadent.

Desde ahora, Zenostar ofrece una gran variedad de opciones de procesamiento y una alta eficiencia para la fabricación de restauraciones, a volumen total y estructuras.

ESPECIALISTAS EN ALL-CERAMICS (CERÁMICA SIN METAL)

Como especialista en el campo de la cerámica sin metal, Ivoclar Vivadent está siempre en constante búsqueda de nuevas formas de atender a productos atractivos e innovadores y sistema de soluciones. Esta filosofía quedó patente con la adquisición de Wieland Dental. Ivoclar Vivadent está ahora en posición de ofrecer un rango, aún mayor, de materiales y equipamientos CAD/CAM con el objetivo de proveer a los odontólogos y técnicos dentales con la última tecnología y productos de la más alta calidad. Zenostar es un sistema que cubre todos los pasos de trabajo desde el escaneado hasta la cementación •

[PLÉNIDO DENTAL UNIFICA SUS MARCAS]

“Expertos en tu sonrisa”

Plénido unifica el portfolio de nombres de sus clínicas para ser Plénido Dental. Plénido Dental agrupa los valores de las marcas que componían el grupo (Buccal, Clínica Aparicio, Dental Sagrada Familia, Oralis, Perio, Aparicio Formación y Perioformación) y transmite la voluntad integradora y de servicio al cliente que comunica en su nuevo claim: “Expertos en tu sonrisa”.

Esta imagen común y unitaria, es reflejo de empresa transparente y en vanguardia, y sirve para posicionar a la compañía de una forma clara como actor importante en el mercado dental con más de 25 años de experiencia, generando un único mensaje de lo que Plénido Dental y sus profesionales representan.

La compañía refuerza su apuesta por la formación unificando Perioformación y Aparicio Formación y lanza Plénido Dental School con dos campus, en Madrid y Barcelona, y con una amplia oferta de cursos y masters en los que ya se han formado más de 2000 odontólogos.

El cambio de identidad corporativa ya se ha realizado en todos los centros, y se ha lanzado una nueva web corporativa WWW.PLENIDO.COM •



[NORMON DENTAL]

Nueva línea de implantes

Normon, laboratorio farmacéutico español líder en medicamentos genéricos sigue innovando y ahora amplía su división con la introducción de una nueva línea de implantes, NORMOIMPLANT SYSTEM. Normoimplant se presenta con dos sistemas de conexión hexagonal (interna y externa), con una amplia variedad de diámetros y longitudes, así como de aditamentos protésicos y del instrumental necesario. Y además Normoimplant system se ha diseñado con una gran versatilidad lo que permitirá a la clínica poder manejar un menor número de referencias •



[NSK]

NSK lanza su nuevo catálogo de Ofertas Especiales

NSK Dental Spain está difundiendo su nuevo catálogo de productos, con validez hasta el 31 de diciembre de 2014.

De toda su gama podemos destacar los contra-ángulos de titanio de la Serie Z, robustos y fiables, con tres años de garantía.

Las turbinas de la Serie Z, más potentes y duraderas, con una potencia de hasta 26W. El nuevo rotor produce un poderoso torque para reducir el tiempo de tratamiento. Con el cabezal aún más pequeño y el cuello más delgado, las turbinas Ti-Max Z mejoran la accesibilidad y la visibilidad operativa. Su forma ergonómica junto con el nuevo recubrimiento DURAGRIP, hacen que la pieza de mano sea más agradable al tacto y suave en su uso.

Dentro del apartado de instrumental para Cirugía e Implantología, se incorpora como novedad el contra-ángulo Ti-Max Z-SG45L •



[DVD]

Nuevo Plan Renove de DVD para equipos dentales Fedesa



DVD pone en marcha la Operación Renove para equipos Fedesa, instalados antes de 1999, una iniciativa que estará vigente hasta el 31 de diciembre de 2014 y que pretende mejorar la eficiencia del equipamiento dental de las clínicas. El objetivo de esta campaña es incentivar la renovación de los sillones dentales por equipos más eficientes y con mejores prestaciones •

[MOZO-GRAU]

Mozo-Grau lanza al mercado su nueva gama de Osteotomos

Mozo-Grau ha comenzado a fabricar y comercializar una nueva gama de osteotomos (de elevación y dilatación).

Este nuevo modelo de osteotomos favorece la precisión y facilita su manejo gracias a su bajo peso y diseño con agarre ergonómico.

Además, los osteotomos Mozo-Grau están fabricados en acero quirúrgico inoxidable para que su vida útil sea óptima •

[PRESENTACIÓN EN OMD PORTUGAL]

Innovador sistema de administración de anestesia de Inibsa Dental

Inibsa Dental ha dado a conocer el nuevo sistema de administración de anestesia odontológica computarizada sin dolor, The Wand STA, en el XXIII Congreso OMD de Portugal. Esta fue la primera vez que este producto innovador vio la luz en el país luso, y lo hizo en la reunión más importante anual del ámbito odontológico de Portugal, que se celebró los días 6, 7 y 8 de noviembre.

Durante los tres días, en el stand de Inibsa Dental, el Dr. João Pedro Al-

meida realizó demostraciones en directo del uso de The Wand STA a los asistentes.

Según el director General de Inibsa Dental, Domènec Huguet, el hecho de "estar presentes en el Congreso OMD de Portugal, el más importante de este país, nos permite dar a conocer las últimas innovaciones que hemos adquirido e incorporado a la compañía para facilitar el trabajo y el día a día de nuestros clientes" •

MOZOGRAU
IMPLANTES DENTALES

inibsa
DENTAL
Your success. Our commitment.

NSK

CREATE IT

NUEVO

Ti-Max Z
Serie de Turbinas

POTENCIA 26W,
FIABLE Y DURADERA

Las turbinas evolucionan para ser más potentes.

*Sólo Z900L

NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

Móderna, 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

[MARGARITA SALAS]

“La investigación en España tiene muy buena calidad, aunque le falta cantidad por su escasa financiación”

La ciencia española tiene una deuda con Margarita Salas, una de las personalidades más importantes de todos los tiempos, gran impulsora de la investigación en el campo de la bioquímica y la biología molecular en nuestro país. La vida de Margarita Salas está centrada en la ciencia y sus aportaciones son muchas, pero destaca su investigación sobre la enzimología y sus trabajos sobre genética centrándose en la manera en la que se transmite la información genética y el ADN. Margarita Salas es un ejemplo para las nuevas generaciones de investigadores que, como ella, trabajan en un contexto complicado en cuanto a escasez de recursos. **MARÍA JOSÉ GARCÍA**





“Odontólogos de Hoy”: Usted estudió Ciencias Químicas, ¿fue una vocación espontánea o tenía alguna referencia familiar?

Margarita Salas: En principio no sabía si estudiar Ciencias Químicas o Medicina. Hice un curso selectivo que me servía para estudiar cualquiera de las dos carreras. Finalmente, me decidí por las Ciencias Químicas.

ODH: Ha recibido numerosos reconocimientos a lo largo de su trayectoria profesional, ¿de cuál de ellos se siente más orgullosa?

M.S.: Todos los reconocimientos son muy agradables pero el más importante que he recibido fue el de ser miembro de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos.

ODH: ¿Ha encontrado muchas dificultades en su vida profesional dentro del mundo de la ciencia por su condición de mujer?

M.S.: Durante la carrera no tuve ninguna dificultad por el hecho de ser mujer. Aproximadamente éramos una tercera parte de mujeres. Sin embargo, durante la etapa de la tesis doctoral sentí discriminación pues se consideraba que las mujeres no estábamos capacitadas para hacer investigación. Posteriormente, en el laboratorio de Severo Ochoa no tuve ningún problema por mi condición de mujer. A nuestra vuelta a España, tuve el apoyo de mi marido, Eladio Viñuela, quien me ayudó para que yo fuese una investigadora independiente.

ODH: ¿Qué ha significado en su vida profesional la figura de Severo Ochoa?

M.S.: Severo Ochoa me enseñó la Biología Molecular que después pude desarrollar y enseñar en España. Pero también me enseñó su rigor experimental, su dedicación y su entusiasmo por la investigación.

ODH: ¿Cómo ve el papel de la mujer española actual dentro del mundo de la ciencia?

M.S.: En este momento, hay más mujeres que hombres que inician una etapa de doctorado y no veo que haya discriminación. Por ello, creo que en un futuro no demasiado lejano la mujer ocupará en investigación el puesto que le corresponda de acuerdo con su capacidad y su trabajo.

ODH: ¿Cómo valora el nivel de la investigación científica en España? ¿Cuáles son las principales características que debe tener un buen investigador?

M.S.: La investigación en España tiene muy buena calidad, pero le falta cantidad, debido a la escasez de financiación. Un buen investigador debe ser muy riguroso experimentalmente pero también requiere una cierta imaginación para diseñar proyectos y experimentos. Tiene que tener paciencia y no desanimarse con el primer resultado negativo que obtenga, aunque también debe saber valorar hasta cuanto debe insistir en un determinado experimento o proyecto.

ODH: ¿Qué reclamaría a las instituciones para evitar la “emigración” de nuestros talentos?

M.S.: Reclamaría más financiación, no solo para realizar las investigaciones, sino en particular para poder contratar personal y poderles ofrecer un puesto suficientemente estable para que los investigadores jóvenes no tengan que “emigrar”.

Creo que cuando los políticos piensan en la ciencia, tendrían que hacerlo apoyándose en los científicos. Yo siempre he dicho que tendría que haber una especie de *senado científico*, en el que

“**Mi reto es seguir investigando.**”

los políticos realmente se apoyasen y se asesorasen. Porque muchas veces los políticos desconocen, por ejemplo, si conviene ahora poner dinero en más contratos o en más becas; creo que lo hacen sin tener el asesoramiento de personas que realmente están viviendo el día a día de la investigación. Estoy convencida de que si los políticos dieran mucha más participación a los científicos en sus decisiones, iría mejor la ciencia.

ODH: En 2007 se convirtió en la primera mujer española que ingresó en la Academia Nacional de Ciencias de EEUU. ¿Qué es lo que destacaría de su experiencia como investigadora en EEUU?

M.S.: Como ya he comentado, mi nombramiento como miembro de la Academia Nacional de Ciencias de EE.UU. supuso un espaldarazo a mi vida dedicada a la investigación.

ODH: En estos momentos de profunda crisis económica, ¿qué consejo daría a los jóvenes científicos españoles que desean dedicar su vida a la investigación?

M.S.: Mi consejo sería que adquieran una buena formación, primero a nivel de doctorado en España y después a nivel de postdoctorado, preferentemente

en el extranjero, con objeto de obtener un buen curriculum que les permita, eventualmente, volver a España para hacer la investigación en nuestro país.

ODH: Tras una vida repleta de éxitos y reconocimientos por su labor ¿le queda aún algún otro reto que superar?

M.S.: Mi reto es poder seguir investigando como lo he hecho hasta ahora, que ha sido uno de los leit-motiv de mi vida.

ODH: Nuestra revista va dirigida al colectivo profesional de odontólogos, estomatólogos y cirujanos maxilo-faciales... en estos tiempos convulsos, con crisis sanitarias como la del ébola, ¿cómo ve la situación de la sanidad española?

M.S.: La sanidad española tiene unos excelentes profesionales, muy bien preparados y dispuestos a afrontar todas las situaciones que se puedan presentar •

UN IMPRESIONANTE CURRÍCULUM

Poseedora de un impresionante curriculum académico Margarita Salas (Canero - Asturias, 1938) se doctoró en Bioquímica en 1963 por la Universidad Complutense de Madrid. Al acabar la carrera, y hasta 1967, trabajó como investigadora postdoctoral en la Universidad de Nueva York junto a Severo Ochoa.

Además, fue profesora de Genética Molecular de la Universidad Complutense de Madrid (1968-92) y, desde 1974 es Profesora de Investigación del C.S.I.C. en el Centro de Biología Molecular.

Su personalidad profesional es muy activa, ya que es miembro de importantes estamentos académicos como la European Molecular Biology Organization (EMBO), de la Academia Europea, de la Academia Scientiarum et Artium Europaea, de la Real Academia de Ciencias Exactas Físicas y Naturales, de la Real Academia Española, de la American Academy of Microbiology, de la American Academy of Arts and Sciences y de la National Academy of Sciences de EE.UU.

Ocupó el cargo de directora del Centro de Biología Molecu-

lar “Severo Ochoa” (1992-1993) y es presidenta de la Fundación Severo Ochoa desde 1997. También lo ha sido de la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Gregorio Marañón (2001-2004) y del Instituto de España, organismo que agrupa a la totalidad de las Reales Academias Españolas (1995- 2003). Además es miembro de la Junta Consultiva de la Universidad de Oviedo desde 2007 y miembro del Consejo Editorial de 12 revistas Internacionales.

Entre las numerosas las distinciones que ha recibido podemos destacar: la Gran Cruz de la Orden Civil de Alfonso X el Sabio (2003) y la Medalla de Oro al Mérito en el Trabajo concedida por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). Además, fue nombrada Española Universal por la Fundación Independiente (2000) y es Doctora Honoris Causa por las Universidades de Oviedo (1996), por la Politécnica de Madrid (2000), la de Extremadura (2002), la de Murcia (2003) y la de Cádiz (2004).

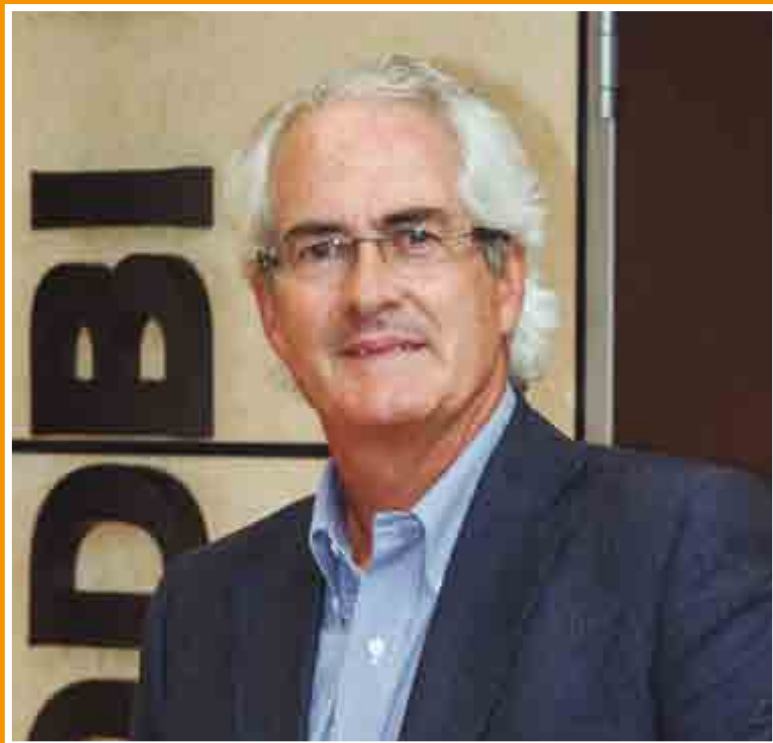
www.libreriaserviciomedico.com

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Librería Servicio Médico
C/ Juan de Garay nº18 Bajo Izq - 46017 Valencia
www.libreriaserviciomedico.com - Tlf. +00 34 963 573 026

[JOSE MANUEL FIKA, PRESIDENTE COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE BIZKAIA]

“El Colegio ofrece un intenso programa científico y de formación continuada para estar en contacto con sus colegiados”



José Manuel Fika es un veterano que conoce muy bien la profesión, tanto en el ámbito del ejercicio privado y liberal, como en el público. Médico especialista en Estomatología mantiene una fluida comunicación con las nuevas generaciones de odontólogos. Gran conocedor de la organización colegial, ha ocupado varios cargos dentro de su estructura, el último antes de acceder a la Presidencia fue el de Vicepresidente. Los que le conocen le definen como un hombre prudente y dialogante, con las ideas claras y de los que van de frente, alguien capaz de conseguir la tan deseada unión para la defensa de intereses comunes, en un colegio como el de Vizcaya.

REDACCIÓN

“Odontólogos de Hoy”: ¿Cómo es la relación del Colegio de Odontólogos de Bizkaia con sus colegiados y cómo valora su actividad como Presidente?

Jose Manuel Fika: En Bizkaia hemos procurado durante los últimos años mantener una actividad colegial muy activa. A ello ha ayudado el hecho de tener un intenso programa científico y de formación continuada, gracias al cual la gran mayoría de los colegiados están en contacto con el Colegio.

No conformes con esto, queremos que el Colegio sea un espacio abierto y en permanente evolución, de modo que se adecúe a las necesidades reales de los colegiados.

Como Presidente llevo tan sólo unos meses (en junio tomé posesión del cargo), si bien como vicepresidente mi trayectoria es larga. Estos meses en el cargo me han permitido tomar contacto con la nueva Junta para ac-

tivar aspectos del Colegio en relación con otras instituciones, comisión de publicidad, Foro de profesiones sanitarias, participación de jóvenes, comisión deontológica, etc., sin olvidar la dinámica propia de la institución y los problemas que los colegiados nos plantean a diario.

ODH: ¿Qué proyectos desarrolla en estos momentos y qué planes de futuro tiene para el Colegio?

J.M.F.: En la actualidad me preocupa la publicidad engañosa y las actuaciones que como Colegio o desde el Consejo Vasco de Dentistas podemos desarrollar al respecto.

También me preocupan otras cuestiones como la plétora profesional y sus consecuencias, el modo en que se realizarán las especialidades en Odontología, el PADI, la actividad de las aseguradoras en materia de salud dental, etc; resumiendo, lo que nos preocupa son las salidas profesiona-

les de los más jóvenes y los problemas de actividad de las consultas más estables.

Ya con vistas a un plazo mayor, me gustaría asentar un modelo de Colegio adecuado a los tiempos que corren, cercano a los colegiados y útil para la sociedad. En estos momentos se ha incorporado el debate en torno

“*Me preocupa la publicidad engañosa y la plétora profesional y sus consecuencias.*”

al Anteproyecto de Ley de Servicios y Colegios Profesionales, que pone en duda el modelo actual y que genera cierta tensión.



OsteoBiol
by Tecnos

Utilizado en más de 400.000 cirugías - Distribuido en más de 40 países - Excelente documentación científica
Biomateriales de origen natural con colágeno

Mp3 Granulado mix prehidratado

Prehidratado y listo para su uso.

- ▶ Gran similitud con el hueso humano. [1]
- [1] BOURGAIN ET AL. JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY AMERICAN VOLUME 38-B
- ▶ Composición dual: mineral + colágeno. [2]
- [2] HANAWALT ET AL. JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY AMERICAN VOLUME 38-B
- ▶ Se reabsorbe gradualmente. [3]
- [3] BOURGAIN ET AL. JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY AMERICAN VOLUME 38-B
- ▶ Ideal para elevación de seno [4] y preservación de la cresta. [5]
- [4] HANAWALT ET AL. JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY AMERICAN VOLUME 38-B
- [5] BOURGAIN ET AL. JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY AMERICAN VOLUME 38-B



3 Mp3 1 c.c.
+ REGALO
2 VIALES DE
APATOS

REGALO: GRANULADO APATOS
100% BICELAR
REGALO VALORADO EN 12€
(VIAL: 0,5 c.c. x 2)



Evolution 100% pericardio heterólogo

Densas fibras de colágeno.

- ▶ Máxima adaptabilidad.
- ▶ Fácil y segura a la hora de suturar.
- ▶ Fibras 5id 20x20mm: 109€. 30x30mm: 126€.



2 Evolution
Fibra 5id
20x20 + 30x30mm
+ REGALO 1 CAJA
SUTURA

REGALO: SUTURA SERALON
POLIAMIDA/POLYCON
MONOFILAMENTO, NO ABSORBIBLE
DS13 (4/0 Y 5/0 A ESCUR)
REGALO VALORADO EN 4€



Sutura Seralon® Poliamida / Nylon

Monofilamento - No absorbible. 6/0 a 3/0.

Extremadamente suave y flexible.
Nudo de alta resistencia.
DS 12/15/18/21 - DSS (PREMIUM) 13/15

Desde 41 euros / Caja 24 Uds



10% Descuento
Suturas Seralon



IMPLANTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL

Tel. 902 01 34 33 - 914 13 37 14 | Fax. 91 652 83 80

info@osteogenos.com | www.osteogenos.com | www.osteobiol.com

OFERTAS VÁLIDAS PARA NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2014

Envío 24 horas gratis* dentro de la Península, Baleares, Canarias, Ceuta, Melilla con tarifa: posibilidad de entrega en menos de 24h bajo sufragio. Total disponibilidad de stock. *En pedidos superiores a 100€ antes de IVA. En pedidos inferiores: 7€ + IVA de costas. Cológenos no se hace responsable de posibles roturas de stock por parte del fabricante, no da lugar a indemnización alguna en caso de no poder cumplir con el plazo de entrega.

ODH: *¿Qué tipo de incidencias o problemas le plantean los colegiados?*

J.M.F.: Los más jóvenes plantean problemas laborales, sean de búsqueda de trabajo o de tipo contractual así como la demanda de formación continuada. Las clínicas más asentadas se preocupan por la competencia desleal, la publicidad engañosa, temas fiscales o de adaptación a la normativa actual.

Esta es una profesión de práctica eminentemente privada y el Colegio es una referencia importante para sus problemas, lo cual es un acicate para estar al día y trabajar en defensa de la profesión.

ODH: *¿Cómo valora la situación actual de la profesión y desde su punto de vista cuáles podrían ser las líneas de actuación para mejorarla?*

J.M.F.: La plétora profesional y la aparición de centros franquiciados “low cost” junto con la situación actual de crisis económica hacen que un gran número de pacientes (clientes para algunos), se preocupen más del presupuesto que de la calidad del tratamiento y el profesional que lo diagnostica y realiza.

Una línea para comenzar sería la adecuación y modificación de la normativa de publicidad, concienciar al público en general que “tu boca no está de oferta”.

Y podríamos seguir, adaptando a la necesidad real el número de dentistas que cada año se licencian en este país. Posiblemente hay bastantes más.

ODH: *¿Qué opinión le merece el interminable debate de las Especialidades?*

J.M.F.: Es cierto que este debate resulta largo y complicado, debido que no tiene una fácil solución. La realidad es que el Consejo General lleva desde el 2009 manteniendo reuniones con el Ministerio de Sanidad con la finalidad de ordenar las especialidades odontológicas y, desgraciadamente, el RDL 639/2014 de Tron-

calidad no parece haber solucionado este tema.

Por otro lado, sólo hay 3 países de Europa en los que no hay ninguna especialidad odontológica reconocida oficialmente: España, Austria y Luxemburgo.

“
Tenemos relaciones fluidas con la Administración aunque ésta tiene una maquinaria lenta y a veces poco flexible.
”

Las especialidades existen de facto pero no hay reconocimiento oficial y sería deseable encontrar un camino por el que encauzar las especialidades con carácter oficial, por parte del Ministerio de Sanidad, en colaboración con el Consejo General (máximo representante de los dentistas) y las universidades.

Desde el Consejo General han fijado un objetivo que parece razonable a medio plazo de acreditar por lo menos las especialidades de Cirugía Oral y Ortodoncia, seguidas después de las de Odontología Comunitaria, Periodoncia, etc.

ODH: *¿Cómo es la relación del Colegio con las instituciones sanitarias autonómicas?*

J.M.F.: Nuestras relaciones son fluidas, siempre de colaboración, si bien la Administración es una maquinaria con un movimiento lento y a veces poco flexible. La nuestra es una profesión muy regulada y con muchas exigencias en materia de normativa (residuos, RX, protección de datos, protocolos, etc.), desde el Colegio vemos por que se cumpla, esto hace de ella una profesión muy segura.

Nos gustaría que el Departamento

de Salud ampliara su cobertura, por ejemplo en la atención a discapacitados psíquicos, que requieren tratamientos con sedación y en circunstancias especiales.

ODH: *¿Qué consejos daría a los nuevos colegiados que inician su carrera profesional? ¿Les recomendaría emprender, formarse más, buscar experiencias internacionales...?*

J.M.F.: En mi opinión considero importante que se inicie en la práctica profesional en cuanto sea posible, ya sea aquí o en el extranjero, sin desdeñar la formación especializada aunque este es un paso posterior y estimo que de modo previo se han de tener claras las preferencias profesionales.

La formación continuada regular es vital y necesaria para “estar al día”; en el Colegio de Bizkaia organizamos una media de 40 cursos anuales.

ODH: *¿Cree que los odontólogos son buenos gestores como empresarios? ¿Desde el Colegio se presta algún tipo de apoyo a los profesionales que tienen problemas de gestión en sus clínicas particulares?*

J.M.F.: La Universidad realiza una formación académica de la Odontología centrada lógicamente en su vertiente sanitaria y los nuevos licenciados se encuentran con una realidad y problemas que desconocen, sobre todo en lo relativo a la gestión de una clínica con muy diversas implicaciones; normativa, fiscales, laborales, etc.

El Colegio conoce mejor esa faceta de la profesión y en este ámbito está más preparado para informar y ayudar.

Le adelanto que queremos crear un foro de dentistas jóvenes, para que entre ellos y con asesoramiento del Colegio, disipen cualquier duda.

ODH: *¿Cómo valora la actuación de las autoridades sanitarias en la gestión de la crisis del ébola?*

J.M.F.: Sabemos que el Departamento de Salud está muy preocupado por las implicaciones de los contagios del

virus del “ébola”, pero hasta el momento, como Colegio, no se nos ha transmitido ninguna recomendación directa, sí las hemos tenido desde nuestro Consejo General. Tengo conocimiento que en los Centros de Salud de Osakidetza sí se ha hecho.

Ahora mismo creo que no hay motivos para sembrar alarmas y nosotros hemos informado de las recomendaciones del Consejo General.

ODH: *A nivel personal y profesional, ¿cuáles son los proyectos que ha emprendido que le han hecho sentirse más satisfecho?*

J.M.F.: A pesar de estar muchos años en la profesión, no me canso de aprender, la experiencia te da otra visión. Vivo un buen momento tanto profesional como personal. La colaboración con el Colegio en mi cargo actual es un reto.

ODH: *¿Han pasado ya muchos años desde que se puso en funcionamiento el P.A.D.I. (Plan de Atención Dental Infantil) en el País Vasco. ¿Cómo valora la trayectoria de este programa desde entonces? ¿Cuál es su situación real y cómo valoran los profesionales esta actuación?*

J.M.F.: Es un programa con una larga trayectoria y que en los últimos años funciona casi por inercia. Desde el Colegio siempre estamos solicitando su adecuación a los tiempos actuales, mientras que desde la administración todo son buenas palabras pero con poca voluntad de cambio.

ODH: *Para finalizar con este tema, ¿cuál cree que debería ser la actuación del Departamento de Salud en relación con el PADI?*

J.M.F.: Estimo necesario proceder a la adecuación que antes he mencionado, contando para ello con el Consejo Vasco de Dentistas que representa a los dentistas concertados privados, quienes sustentan casi el 95% de la asistencia real del programa •



[IGNACIO TREMIÑO, DTOR. GENERAL DE POLÍTICAS DE APOYO A LA DISCAPACIDAD]

“Ciudadanos, Administración y Organizaciones deben ir de la mano en el terreno de la Discapacidad”

Tras su paso por la empresa privada en diferentes puestos de responsabilidad de organizaciones como la Once y Fundosa, Ignacio Tremiño es en la actualidad el Director General de Políticas de Apoyo a la Discapacidad y Director del Real Patronato sobre Discapacidad, perteneciente al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Licenciado en Derecho por la Universidad Obrera de Cataluña; ha sido, asimismo, Concejal de Servicios Sociales en Valladolid; Patrono en distintas fundaciones de carácter social (Sanitas, Fundación Deporte y Desafío, ASPAYM, etc.) y ha participado en más de 50 ponencias de carácter social, económico social y de empleo de personas con discapacidad.

MARÍA JOSÉ GARCÍA



Odontólogos de Hoy: ¿Cuáles son sus principales líneas de actuación o funciones dentro del área de trabajo que dirige como responsable de Políticas de Apoyo a la Discapacidad?

IGNACIO TREMIÑO: Dentro de la Administración General del Estado hay dos centros directivos relacionados con la discapacidad, uno es la propia Dirección General de Políticas de Apoyo a la Discapacidad y el Real Patronato sobre discapacidad que es un órgano autónomo que depende del Ministerio, que también se ocupa de las políticas de discapacidad desde el punto de vista institucional.

Cuando se decidió mantener una Dirección General de Políticas de Apoyo a la Discapacidad el objetivo era que la discapacidad estuviera presente en la agenda política del gobierno, de to-

dos los Ministerios. La función de esta dirección, desde el punto de vista legislativo, es supervisar que todo lo que legisla el Gobierno de España tenga presente la discapacidad, y de forma positiva, es decir que, en cualquier medida que toma el Ministerio de Cultura, el de Economía y Competitividad, el de Trabajo, el de Justicia, etc... esté presente la discapacidad para que haya medidas de acción positiva a favor de las personas con discapacidad.

En Economía y Competitividad, por ejemplo, a la hora de lanzar el plan PIVE ha habido una medida específica para las personas con discapacidad a la hora de adquirir los vehículos, y la ayuda de este plan es superior en estos casos dados los altos costes de preparación de los vehículos para adaptarlos a las personas discapacitadas. En materia de Justicia cada vez que se

legisla siempre se debe tener presente la discapacidad, y en materia de Empleo, sobre todo, es con lo que más trabajamos. Esto ha hecho, a mi juicio, que tanto en el año 2013, como en el 2014 el empleo de las personas con discapacidad haya crecido, y de forma constante. Hasta septiembre de 2014, el empleo de personas con discapacidad ha crecido un 20% en relación a los ocho primeros meses del 2013, y un 30% en relación a 2012, y ha aumentado el empleo en centros especiales para personas discapacitadas, y en empresas ordinarias. Además, también se ha incrementado el autoempleo de personas con discapacidad, un 12%. Quiere decirse que, incluso en el contexto que estamos viviendo, el empleo para personas discapacitadas está respondiendo de forma favorable.

ODH: *¿Qué colectivos son los más necesitados de apoyo estatal y cómo se articula el programa nacional de ayudas a esas personas?*

I.T.: El colectivo de las personas con discapacidad es más vulnerable que otros, ya que socialmente tienen menos oportunidades que las personas que no tienen discapacidad, no tienen las mismas posibilidades de acceso al mercado laboral y aunque antes hemos comentado que las cifras en el empleo van creciendo, partimos de una situación muy precaria. Entre la tasa de población activa de personas con discapacidad, en relación al resto, hay una diferencia de 40 puntos. En cuanto a los colectivos más necesitados podemos mencionar no sólo a las personas que sufren discapacidad sino aquellas que sufren una doble discapacidad, como puede ser el caso de la enfermedad mental, y las mujeres, que todavía lo tienen más difícil para incorporarse al mercado laboral.

ODH: *¿Qué medidas o acciones concretas han desarrollado para reequilibrar la situación de las organizaciones sociales en este duro momento de crisis?*

I.T.: Debido a la difícil coyuntura económica que estamos viviendo decidimos crear la mesa para el diálogo con la plataforma del tercer sector, donde no sólo está la discapacidad, sino todas las organizaciones que se ocupan de las personas más vulnerables, como puede ser Cruz Roja, Cáritas, Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, y nos pusimos a trabajar en una mesa muy activa, con reuniones mensuales con la Secretaría de Estado, y servimos de interlocución entre las Organizaciones y las Administraciones. Por poner un ejemplo, el mayor problema que tenían las organizaciones sociales en 2012 era la enorme deuda que tenían las Administraciones Autonómicas con estas organizaciones sociales, por servicios y contraprestaciones ya realizadas, y pendientes de cobro, en algunos casos, con un retraso de hasta 2 años. Es el caso de residencias de personas mayores, de personas con discapacidad, etc...En el plan de pago a proveedores no entraban las organizaciones sociales porque no hay facturación

por medio, sino que eran servicios que provenían de convenios, con lo cual se quedaban fuera de los planes que se han ido aprobando para que las comunidades se pusieran al corriente de pago con los proveedores. Teniendo en cuenta esta problemática, en el verano de 2013 hicimos un plan de pago a proveedores en el que se destinó una partida de 3.000 millones de euros para las entidades sociales, para que las comunidades pudieran hacer frente a las deudas que tenían con ellas, y que no podían destinar a otros proveedores. Esto ha servido para que algunas de estas entidades hayan logrado subsistir, ya que estaban ahogadas desde el punto de vista de capacidad económica, de endeudamiento. Otras, lamentablemente, han desaparecido. Salvada ésta, otra de las medidas que nos reclamaban era revisar el tema del IRPF, programa nacional que tenemos que regularizar todos los españoles, en el que podemos marcar con la x donar a otros fines de interés social, pero lo que mucha gente que pone la x en la iglesia no sabe es que es compatible poner la equis en las dos casillas, y además, no es que sea el 0,7 dividido por dos, sino que es el 0,7 más el 0,7.

Este año se han recaudado 220 millones gracias a la aportación de todos los españoles en su declaración de la renta, que ha sido vital para todas las entidades sociales a nivel nacional y ha servido para equilibrar desigualdades sociales entre CCAA. Ha sido el mayor gesto de solidaridad y de reequilibrio de la riqueza llevado a cabo por todos los españoles.

ODH: *¿La sociedad civil española está dispuesta a convivir y a trabajar por la discapacidad?*

I.T.: Llevo en silla de ruedas 25 años y han cambiado mucho las cosas. Ahora veo que la sociedad civil es plenamente consciente de que las personas con discapacidad tenemos que ser parte activa de la sociedad, como el resto de los ciudadanos. Pero luego, cuando eso lo llevas a terrenos más concretos, como puede ser el mundo de la empresa, todavía vemos situaciones en las que no se conoce la capacidad que tienen las personas con discapacidad, por eso, son necesarios los centros oficiales de empleo

donde los proyectos empresariales contemplan que el 70% de los trabajadores sean personas con discapacidad, que están luchando por hacerse un hueco en el mercado. También en materia de ocio todavía hay mucho camino por recorrer. Este verano ha habido hoteles donde se han negado a recibir a grupos de personas con síndrome de down.

ODH: *En relación a otros países, ¿Cómo valora el nivel de España en las políticas para las personas con discapacidad?*

I.T.: La realidad es que España es un país muy avanzado en materia de discapacidad, no sólo desde el punto de vista legislativo, sino desde el punto de vista social. El pasado año la Reina Doña Sofía, con presencia de la Ministra Ana Mato, recogió el Franklin Delano Roosevelt, que es como el Nobel de la Discapacidad, el premio más importante en el mundo de la discapacidad. Este galardón se otorgó a España por la trayectoria de los últimos años en materia de legislación en el área de la discapacidad, siendo referencia para otros países europeos. Yo he viajado bastante antes de ocupar este puesto, y puedo decir que en materia de accesibilidad estamos muy avanzados en relación a otros países. Y desde el punto de vista de la aceptación social, también vamos por delante. Desde el punto de vista asociativo, es un ejemplo, son entidades muy solventes, muy bien organizadas, cohesionadas, maduras y profesionalizadas. Eso ha hecho que se haya avanzado mucho en materia de derechos en relación a otros países. Si eso no hubiera sido así habría sido muy difícil lograr todas las mejoras y planes sociales que se han ido alcanzando (hacer frente a las deudas de las CCAA, el tema del IRPF...). Ha sido fruto de un trabajo duro y constante.

ODH: *¿Qué relación y sinergias mantiene el Ministerio, y en concreto su Dirección, con organismos como la ONCE, Cruz Roja, etc...?*

I.T.: Las entidades son las que mejor conocen la realidad de las personas con discapacidad, ellas son la clave para que el Gobierno y la Adminis-

tración puedan legislar y apoyar con sus actuaciones a las personas con discapacidad. Por ello, nuestra relación es cercana, fluida y funciona perfectamente.

El Consejo Nacional de Discapacidad es el que se ocupa de desarrollar todas las estrategias en materia de discapacidad. Recientemente acabamos de aprobar el plan de acción para el periodo 2014-2020. Se trata de marcar una hoja de ruta de todas las actuaciones que habrá que ir desarrollando en los años venideros, porque, aunque yo ya no ocupe este puesto es fundamental que las líneas de actuación estén marcadas para los próximos años, y para las personas que ocuparán los puestos de responsabilidad de esta área. Se trata de 96 medidas y un presupuesto de 3093 millones de euros, el 95% de ellos en materia de empleo y educación, que son las dos líneas en las que todo el mundo, pero especialmente las personas con discapacidad, necesitan avanzar.

ODH: *¿Todas las Comunidades Autónomas reciben las mismas subvenciones para sus políticas de apoyo a la discapacidad?*

I.T.: Esta Dirección es pobre porque lo que hace es coordinar las políticas que se deben aplicar en materia de discapacidad en todos los ministerios, pero no recibe un presupuesto propiamente dicho. Los 3093 millones de euros que se destinarán al colectivo de personas con discapacidad es una cantidad que está en todos los presupuestos de todos los ministerios, para aplicarlos a medidas para la discapacidad. Por ejemplo, en el Servicio Público de Empleo hay unas partidas específicas que van dirigidas a las CCAA, para poder poner en marcha políticas activas en materia de empleo para personas con discapacidad.

ODH: *La iniciativa de los profesionales odontólogos y estomatólogos a nivel privado es muy activa en la asistencia a las personas con discapacidad, ¿está usted al tanto de estas actividades?*

I.T.: Estamos al tanto de todas las actividades que se desarrollan para asistencia a las personas con discapacidad y las valoramos muy posi-

tivamente. Desde esta Secretaría de Estado se hacen y se apoyan todo tipo de políticas desde el punto de vista social. Hay programas socio-sanitarios con los que intentamos dar respuesta a las necesidades que nos marcan las organizaciones de ayuda a las personas con discapacidad. En el tema de la salud buco-dental son las propias organizaciones las que marcan esas políticas de apoyo.

ODH: *En lo público son pocos los hospitales como el H. Dr. Peset de Valencia, donde precisamente el Dr. Silvestre Donat fue distinguido por su labor, ¿apoyan ustedes la implementación por las comunidades autónomas de este tipo de servicios?*

I.T.: Por supuesto, apoyamos todo tipo de iniciativas como la del Hospital Peset, que tienen como objetivo el servicio a las personas con discapacidad. También se han desarrollado otros planes, como uno que puso en marcha Sanitas, entidad de la que fui Patrono, que diseñó pólizas denominadas "accesibles", en las que se ponían en valor aquellas circunstancias de cada colectivo de personas con discapacidad, como por ejemplo el síndrome de Down, para que se hicieran más accesible los servicios médicos para todos ellos. En el terreno



de la discapacidad todos, ciudadanos, administraciones y organizaciones sociales, debemos ir de la mano y conjuntamente para poder mejorar la situación laboral, médica y social de las personas con discapacidad.

ODH: *Dentro de la rutina diaria de su trabajo, ¿qué es lo que le causa más satisfacción?*

I.T.: En ocasiones, me enorgullece escuchar que aunque no podemos resolver todos los problemas, hemos ganado pequeñas batallas, como por ejemplo los 3000 millones de euros recuperados para el pago a entidades sociales que atienden a colectivos con discapacidad, que han servido para que algunas de estas organizaciones hayan podido evitar el cierre. En mi caso, también, aunque sea un esfuerzo familiar y personal no digo no a nada. Asisto y apoyo todos los actos y eventos a los que se me invita, participo en jornadas, todo lo que esté en mi mano para apoyar...

Y la gran satisfacción que tengo, por encima de todas, es que cuando me vaya de aquí quedará una Ley General de Discapacidad, que hemos logrado publicar y en la que yo, a título personal, he puesto mi granito de arena con mi trabajo, y eso realmente me llena de orgullo ●



KL

PLATAFORMA: 4 ± MM · HEXAGONO: 0,7 MM
MAYOR SUPERFICIE DE CONTACTO · DOBLE ESPIRA
ÁPICE AUTOROSCANTE · AJUSTES SUPERIORES

natural evolution



DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO PARA ESPAÑA
vía Augusta, 156 - 1ª planta
08006 Barcelona - Spain
tel. 90 1 706 323
klockner@klockner.es

RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) EN EL GABINETE ODONTOLÓGICO



AUTOR:
BERNARDINO NAVARRO GUILLÉN
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA. ANESTESIOLOGO.

Este artículo fundamenta su exposición en los criterios, conclusiones y recomendaciones, realizados bajo revisiones basadas en la evidencia científica y vigentes en la actualidad, de la última Conferencia de Consenso del International Liaison Committee on Resuscitation 2010 [ILCOR].

INTRODUCCIÓN

Aunque de modo excepcional, la posibilidad de una Parada Cardiorrespiratoria (PCR) en la consulta dental es un hecho asumible. Ello viene condicionado por diversos factores. Por un lado el stress, por todos conocido, al que se ve sometido el paciente odontológico, y su repercusión en aquellos con cardiopatías severas, fundamentalmente isquémicas. Por otro, la habitual utilización de anestésicos locales, los cuales pueden provocar reacciones adversas, bien a través de un proceso alérgico en su estadio más grave, el shock anafiláctico, como por su efecto tóxico directo debido a inyección accidental intravascular o tras sobredosificación. La hemorragia incoercible y la obstrucción de la vía aérea por restos dentarios y otros cuerpos extraños aspirados, hecho condicionado por la pérdida de reflejos ante la posible extensión del área anestesiada a estructuras laríngeas, pueden ocasionar, de modo extraordinario, un cuadro de PCR.

En la actualidad es cada vez más frecuente, por otra parte, la sedación profunda con la finalidad de una mejor calidad asistencial así como un mayor confort en los pacientes sometidos a técnicas quirúrgicas orales más agresivas. La falta de control exhaustivo, bien visual o por monitorización, de las constantes vitales en estos pacientes, puede ser causa, generalmente por depresión respiratoria, de imprevisibles casos de parada cardíaca en ocasiones con resultado infausto.

Los Odontólogos, profesionales sanitarios, deben conocer y valorar los signos clínicos de una PCR, así como disponer de los medios indispensables para su tratamiento en un primer eslabón asistencial, con una actuación eficaz en el menor tiempo posible. Para ello es necesario conocer las técnicas de Soporte Vital Básico y de la Desfibrilación. La Orden CIN/2136/2008, publicada en el BOE del 3 de julio, en su apartado 3.C.24, incluye que los estudiantes de Odontología “deben reconocer las situaciones de riesgo vital y saber hacer maniobras de SVB”. En las Competencias Específicas del Módulo III de formación para el Grado de Licenciatura, dentro de sus materias obligatorias, se incluye, en determinados planes de estudios, “conocer y manejar las emergencias y urgencias médicas más frecuentes en la práctica odontológica y las técnicas de reanimación cardiorrespiratoria básica”. Distintas Comunidades Autónomas han publicado en sus Boletines Oficiales que las Clínicas Dentales estarán provistas de equipo y medicación necesaria para atender las urgencias cardiorrespiratorias que se puedan presentar.

Todos los miembros del gabinete dental deben tener conocimientos básicos de RCP, aunque sea el odontólogo quien dirija el proceso de actuación. Es negativo para los resultados de la reanimación que cada uno de los presentes quiera actuar de modo independiente.

PARADA CARDIORRESPIRATORIA

Se define como la *interrupción súbita, inesperada y potencialmente reversible de la respiración y de la circulación espontáneas*. Su consecuencia sería el cese del transporte de oxígeno a los tejidos y a los órganos vitales, fundamentalmente corazón y cerebro.



“Compensa estar preparado
contra el peligro”.
Esopo.

“Siempre compensa
escuchar a la experiencia”.
Antón Sanz.



Suministros Antón, s.l. pone a tu disposición
el proyecto de primeros auxilios más completo y estructurado del mercado.
Prepárate.



Pulsioxímetro VITALTEST

- Siempre listo.
- Simple.
- Múltiples funciones.

TG0030

Monitor multi-parámetros VITAL MONITOR

- Medición profesional de:
- Saturación oxígeno.
 - Presión sanguínea.
 - Frecuencia cardíaca.

TG0025



Desfibrilador TECNOHEART PLUS

- Único sensor.
- Fácil e intuitivo.
- Puedes tratar niños o adultos con los mismos electrodos.
- Accionamiento de descargas autónomas, con previo aviso verbal.
- Tarjeta Sd para la trazabilidad de uso.
- Voz guía durante toda la intervención.



Maletín azul de reanimación SPEEDY 2

VR1085

- Maletín de polipropileno.
- Como abreboca.
- Botón de reanimación.
- Pinza sacalenguas.
- Botella de oxígeno desechable.
- Mascarilla de oxigenoterapia.
- Cánulas Guedel.

Kit de masaje cardíaco exterior CPRTG

- Ayuda a controlar correctamente la fuerza de las compresiones en el tórax, garantizando un masaje cardíaco correcto y evitando la posibilidad de traumas o fracturas en las costillas.

TG0031



Masterflux plus MASTERFLUX PLUS

- Incluye mueble para bombonas de oxígeno y protóxido de nitrógeno con sus correspondientes reductores y acoplamientos. Para bombonas de 5, 10 y 14 litros. Compartimento para caja fluxométrica dotada de accesorios.
- Dimensiones: 460x1.142x442 mm.

TG0006



Descubre lo fácil que es ahora
estar bien preparado.
Consulta nuestras excelentes
OFERTAS
944 53 06 22 - www.antonsl.es

Puede tener su origen bien a nivel respiratorio (intoxicaciones, fármacos depresores, obstrucción de la vía aérea, traumatismos torácicos, alteraciones del sistema nervioso central, etc.) o bien cardiocirculatorio (cardiopatía isquémica, arritmias malignas, intoxicaciones, depresores cardiocirculatorios, shock de múltiples etiologías, etc.).

La PCR se asocia bien a trastornos del ritmo cardiaco (fibrilación ventricular [FV], taquicardia ventricular sin pulso [TVSP] y asistolia), bien a casos con actividad eléctrica normal pero con ausencia de contractilidad cardiaca (AESP). Cada uno de estos casos tiene un protocolo de actuación terapéutica específica.

PRECAUCIONES

En el gabinete odontológico, la mejor forma de tratar una PCR es evitarla, siendo fundamental sospechar la posibilidad de su presentación. Para ello es necesario realizar una buena anamnesis, reflejada en la historia clínica del paciente, donde se hagan constar sus antecedentes patológicos, sobre todo cardiacos, medicamentos que toma, posibles alergias y otros factores de riesgo. Los pacientes cardiológicos no deben abandonar su medicación previamente a la visita clínica, aunque sí el tratamiento anticoagulante en la forma y durante el tiempo indicado por su médico, si se van a someter a técnicas quirúrgicas. Los anestésicos locales deben utilizarse en la menor cantidad y concentración posible, así como evitar la utilización de vasoconstrictores en los cardiopatas. Es importante el control exhaustivo del dolor en estos pacientes, otro de los mecanismos coadyuvantes de una crisis isquémica. Las situaciones de estrés pueden ser yuguladas mediante premedicación con ansiolíticos para los casos quirúrgicos.

Es obvio que, para aquellos pacientes en los cuales se utilice sedación profunda, el control de las constantes respiratorias y circulatorias debe ser riguroso.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico de PCR comienza por su identificación a través de la valoración de las funciones vitales: consciencia, respiración y pulso.

Consciencia: en la consulta dental cualquier modificación del estado del paciente es “presenciado”, pudiendo observarse con facilidad los cambios

mentales de este. Es evidente que, la mayor parte de veces, la pérdida de consciencia se debe a lipotimia o a síncope vaso-vagal, en cuyo caso la recuperación es rápida y desde el primer momento no hay dificultad respiratoria, palpándose el pulso. Para su identificación utilizamos una fórmula establecida: ¿se encuentra bien? Ante la sospecha de inconsciencia, se le insta gritando y estimulándolo.

Respiración: se observa visualmente

“ *En los pacientes en los cuales se utilice sedación profunda, el control de las constantes respiratorias y circulatorias debe ser riguroso.* ”

la presencia de movimientos ventilatorios torácicos. En la actualidad se ha eliminado la secuencia clásica “observar, escuchar y sentir la respiración”.

Circulación: se busca la presencia de latido en las arterias carótidas, entre la laringe y los músculos esternocleidomastoideos. Actualmente se considera que es innecesaria la búsqueda de pulso para comenzar las maniobras de resucitación, debido a su imprecisión y la demora de tiempo. Al observar la inconsciencia y la apnea o gasping debe activarse el protocolo de emergencia. El profesional sanitario, más habituado, puede evaluar el pulso pero nunca debe tardar más de 10 segundos en comprobar su presencia.

ACTITUD ANTE LA PCR

El tratamiento de la PCR tiene como finalidad aumentar las posibilidades de supervivencia y minimizar las secuelas tras el periodo de anoxia. Su propósito va dirigido a sustituir inicialmente y luego reinstaurar las funciones vitales, respiración y circulación espontáneas, con el mínimo deterioro neurológico. Las posibilidades de recuperación ante una situación de muerte súbita disminuyen tras cada minuto que pasa desde que se produce. De ahí la importancia de agilizar el proceso de reanimación.

La American Heart Association (AHA) y la European Resuscitation

Council (ERC), haciéndose eco de las conclusiones del ILCOR (2010), publicaron independientemente sus Guías para Resucitación Cardiopulmonar actualizadas.

Desde sus inicios la AHA propuso el concepto de *cadena de supervivencia*, la cual engloba la secuencia de actuaciones encaminadas a que una persona sobreviva a una situación de emergencia clínica, la cual pone en peligro su vida, y que incluye su reconocimiento precoz y el inicio rápido de un tratamiento básico y especializado. Esta *cadena* se ha venido imponiendo en todas las Guías de Resucitación.

Consta en la actualidad de cinco eslabones (Figura 1):

1. Detección inmediata de la parada cardiaca y acceso rápido al Servicio de Emergencias, solicitando ayuda telefónica (112).
2. Reanimación Cardiopulmonar (RCP) precoz y de alta calidad, con énfasis en las compresiones torácicas.
3. Desfibrilación rápida.
4. Soporte Vital Avanzado (SVA) efectivo.
5. Control y Cuidados integrados post-reanimación.

Los tres primeros eslabones están incluidos en el tradicional concepto de Soporte Vital Básico (SVB). Cualquier fallo en un eslabón de la cadena puede interferir en el resultado de la reanimación.

En RCP pediátrica la activación del sistema de emergencias se realiza tras el reconocimiento de la parada y el comienzo de las compresiones torácicas.

De la precocidad en la instauración de estos eslabones va a depender el éxito de la reanimación. De aquí la conveniencia de disponer en la consulta dental de un desfibrilador externo automático o semiautomático para realizar un SVB de calidad.

DESARROLLO DEL TRATAMIENTO DE LA PCR

Tras la identificación de la PCR y la activación telefónica de la emergencia, hechos que deben realizarse en el menor tiempo posible, se comenzará con la RCP por medio del masaje cardiaco externo y de la ventilación oral, la cual no debe demorarse más de 3 minutos desde el inicio de la parada, periodo tolerable habitualmente de anoxia cerebral.



FIGURA 1. CADENA DE SUPERVIVENCIA. (ADAPTADA DE HAZINSKI MF ET AL.)

Se situará al paciente en decúbito supino sobre el sillón dental, o bien sobre el suelo en caso de que la parada se produjera fuera del gabinete, comenzando con el masaje cardiaco mediante una frecuencia como mínimo de 100 compresiones/min. Dichas compresiones se deben realizar sobre el tercio inferior del esternón. La profundidad subesternal en el tórax de estas debe ser al menos de 5 cm en adultos y niños, y de 4 cm en lactantes. Tras cada compresión debe permitirse una expansión torácica completa.

Las compresiones deben ser rápidas y fuertes con la finalidad de que el flujo de sangre y el oxígeno lleguen al corazón y el cerebro. Caso de disponer de varios reanimadores, como es el caso del gabinete dental, deben

intercambiarse para las compresiones cada 2 min.

Las guías tradicionales de RCP indicaban comenzar con ventilación artificial tras la permeabilización de la vía aérea. Las recomendaciones actuales, tras la última reunión de consenso, cambian dicha secuencia, comenzando con el masaje cardiaco.

Tras 30 compresiones torácicas, se permeabilizará la vía aérea (hiperextensión de la cabeza) y se realizarán 2 insuflaciones, que seguirán durante la reanimación el mismo ritmo (30:2), con la finalidad de interrumpir al mínimo la frecuencia de dichas compresiones. La ventilación de rescate debe darse en poco más de 1 segundo, no sobrepasando los 5 en las 2 insuflaciones. Es aconsejable disponer en la consulta dental de un ambú, con

maskarillas faciales de tres tamaños y cánulas de Guedel, pudiendo así realizar la ventilación de modo continuo, sin interferir con las compresiones, con una frecuencia de 1 insuflación cada 6-8 segundos. En ambos casos debe evitarse siempre una ventilación excesiva.

En el caso de niños está indicada una relación compresión ventilación de 15:2, cuando se realiza por dos reanimadores sanitarios.

Determinadas circunstancias (incapacidad de los reanimadores, riesgos de contaminación, falta de experiencia, etc.) pueden aconsejar realizar solo las compresiones sin apoyo respiratorio, lo cual se puede mantener durante unos pocos minutos, tiempo de depleción de las reservas arteriales de oxígeno y del espacio muerto alveolar.

El golpe precordial y la percusión rítmica sobre el esternón, preconizados en muchas ocasiones, son de muy escasa utilidad.

Caso de disponer de un desfibrilador automático, inicialmente solo se realizará la RCP mientras se prepara este para su utilización.

Estos ciclos no deben ser interrumpidos. En la consulta dental suele haber varias personas sanitarias disponibles, por lo que mientras una de ellas activa el sistema de emergencias, incorporándose después a la reanimación cardiopulmonar, otra realiza las compresiones torácicas y una tercera prepara el desfibrilador, todo ello de modo sincrónico. Caso de disponer solo de dos reanimadores, uno activará el sistema de emergencias, incorporándose después a preparar el desfibrilador, mientras el otro comenzará con las compresiones torácicas. (Figura 2)

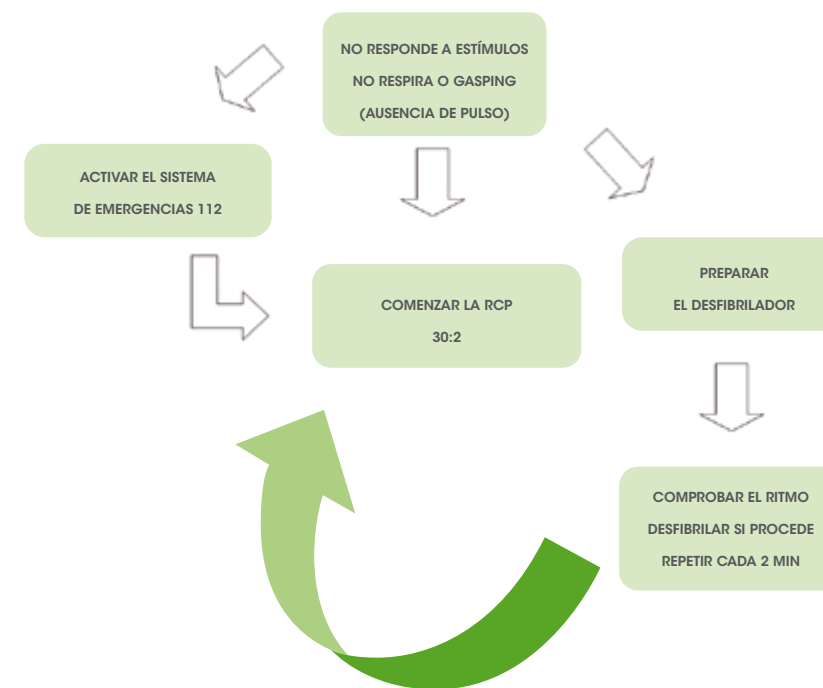


FIGURA 2. ALGORITMO DE SVB EN EL GABINETE DENTAL.

DESFIBRILACIÓN

La supervivencia de las personas que han sufrido un paro cardiaco súbito depende fundamentalmente de una RCP de alta calidad y del uso precoz de un desfibrilador. El odontólogo, profesional sanitario, debe estar preparado y familiarizado con su uso.

Tras una PCR por FV o TVSP, la reanimación con desfibrilación en los 3-5 minutos tras el paro puede

conseguir unas tasas de supervivencia entre 49-75%, reduciéndose esta entre un 10-12% por cada minuto de retraso. Es evidente que la asistolia y la AESP no son subsidiarias de desfibrilación.

Existen tres tipos de desfibriladores: manual, semiautomático y automático. En el primer caso el reanimador detecta el ritmo desfibrilable, y decide la energía del choque y el momento del disparo. En el semiautomático, el desfibrilador detecta el ritmo y lo transmite mediante una señal acústica o luminosa, activando el reanimador el choque eléctrico. En el automático, la indicación de desfibrilación y el momento del impacto dependen del aparato.

Por su facilidad de manejo, en la consulta dental debe utilizarse un desfibrilador automático (DEA) o semiautomático (DESA). El uso de desfibriladores semiautomáticos puede disminuir el número de choques inadecuados. La última generación de los DESA incorpora la ayuda para la RCP, según las recomendaciones actuales, mediante mensajes de voz y visuales.

Aunque actualmente se admiten distintas alternativas para la colocación de los parches de desfibrilación, es aconsejable situarlos en la posición tradicional antero-lateral (el parche esternal a nivel infraclavicular derecho y el apical a nivel lateral e inferior de la mama izquierda). Los parches autoadhesivos son preferibles a las palas de desfibrilación.

Las tradicionales tres descargas seguidas en cada ciclo han sido sustituidas actualmente por una sola descarga, en base a la importancia de disminuir lo más posible el tiempo de suspensión de las compresiones torácicas, las cuales deben mantenerse incluso mientras se colocan los parches. La energía de la descarga para desfibriladores bifásicos debe oscilar entre 120 y 200 J, según la dosis recomendada por cada fabricante. Caso de desconocerse esta, debe utilizarse la máxima energía que marque el desfibrilador. Con los desfibriladores monofásicos la descarga será de 360 J.

Realizada la descarga con el desfibrilador, se continuará durante 2 min con masaje cardiaco/ventilación, al

mismo ritmo (30/2), aun en el caso de que se revirtiera el ritmo cardiaco, pues inicialmente suele ser ineficaz. Pasados los 2 min, y caso necesario, se repetiría la descarga, con una energía igual o superior de forma escalonada.

Si fueran necesarias nuevas descargas, se realizarán siempre después de un nuevo ciclo de maniobras de compresión/ventilación durante dos minutos. En caso de utilizar desfibriladores manuales la descarga se realizará de modo asincrónico. Las interrupciones en las compresiones torácicas deben ser mínimas antes y después de las descargas.

“*Las tradicionales tres descargas seguidas en cada ciclo han sido sustituidas por una sola descarga.*”

El reanimador debe evitar cualquier contacto con el paciente al realizar la descarga, así como retirar previamente del paciente cualquier elemento metálico sobre el tórax, incluido los parches de nitritos.

El proceso de desfibrilación no debe durar más de 5 segundos.

En niños mayores de 1 año está indicada actualmente la desfibrilación con una primera descarga de 2 a 4 J/kg.

SOPORTE VITAL AVANZADO (SVA)

Aunque el SVA, cuarto eslabón de la cadena de supervivencia, queda reservado a los equipos de emergencia, la condición de profesional sanitario del odontólogo obliga a conocer y disponer de determinados medios, técnicos o farmacológicos, para la reanimación en los casos en que se demore aquella asistencia.

Las acciones encaminadas al SVA nunca deben interrumpir la RCP básica de alta calidad, que debe mantenerse sincrónicamente.

Desde un primer momento y caso de poder acceder de modo rápido, se puede realizar la ventilación respiratoria

con un ambú y mascarilla apropiada a la boca de la víctima, enriquecido el aire inspirado con oxígeno procedente de una fuente con circuito adecuado. Es altamente aconsejable disponer de esta en la consulta dental. Pueden ser de gran utilidad los dispositivos avanzados para su colocación supraglótica (ej. mascarilla laríngea), mas fáciles y rápidos de situar a ese nivel que la intubación orotraqueal. Nunca se debe hiperventilar al paciente.

La administración de drogas con efecto a nivel cardiaco no sustituye al SVB, careciendo de datos clínicos concluyentes que avalen mejores resultados en cuanto a la supervivencia sin secuelas neurológicas. La monitorización cardiaca es básica para la administración de drogas.

Se establece un acceso intravenoso periférico para el aporte de drogas, que no interfiera con el SVB.

Continúa considerándose el uso de epinefrina (adrenalina) IV o IO (intraósea), a dosis de 1 mg cada 3-5 minutos. En los casos de FV y TV sin pulso, se empezará a administrar después del tercer ciclo de desfibrilación, tras reanudar las compresiones torácicas. Puede ser sustituida por Vasopresina IV o IO a dosis de 40 unidades. En los casos de FV o TV refractaria, la Amiodarona IV o IO en un bolo inicial de 300 mg, seguido de otro, caso necesario, de 150 mg puede ser eficaz.

Debido al escaso efecto de la atropina en la asistolia, queda reservada, aunque en los algoritmos actuales no se contempla, para los ritmos supraventriculares lentos (ej. bradicardia sinusal sintomática). En su lugar se indica el uso de drogas cronotrópicas (ej. Isoproterenol) en infusión. Se sigue considerando la utilización de adenosina no solo en las taquicardias supraventriculares de complejo estrecho con pulso, sino también en las ventriculares regulares estables de complejo ancho.

Tras la inyección de cada droga se debe administrar 20 ml de sol. Fisiológica o similar.

Siendo la anafilaxia una de las principales causas de PCR en el gabinete dental, su tratamiento adecuado puede evitar la PCR.

La RCP por el personal de la clínica debe mantenerse hasta la llegada del

equipo de SVA o bien la recuperación del paciente.

CARRO DE PARADA

En el área del gabinete odontológico es recomendable disponer de una unidad estructural dedicada a los elementos técnicos y farmacológicos necesarios para una reanimación de la PCR precoz y eficaz, de fácil acceso y desplazamiento. Conocemos esta unidad como “carro de parada”.

Básicamente debe constar de:

- Desfibrilador (automático o semiautomático).
- Equipo para mantener una vía aérea permeable y que facilite la ventilación (cánulas de Guedel, mascarillas faciales, ambú y mascarillas laríngeas).
- Equipo para soporte circulatorio (bránulas, equipos de infusión, esfigmomanómetro digital y fonendoscopio).
- Fluidoterapia (un envase de 500 ml de cloruro sódico al 0.9% o sol de Hartmann).
- Material fungible (agujas y jeringuillas de diferentes tamaños, guantes, gasas y esparadrapo).
- Medicación para SVA: adrenalina, amiodarona, isoproterenol y adenosina.
- Medicación para el paciente crítico: aminofilina, inhalador de salbutamol y corticoides.
- Bombona de oxígeno, con sistemas de aporte de flujo, y sistema de aspiración •



BIBLIOGRAFÍA

1. Koster RW, Baubin MA, Caballero A, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. Resuscitation 2010;81(10):1277-92.
2. Deakin CD, Nolan JP, Soar J, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 4. Adult Advanced Life Support. Resuscitation 2010;81(10):1305-52.
3. Robert A. Berg, Robin Hemphill, Benjamin S. Abella, et al. 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Science Part 5: Adult Basic Life Support. Circulation. 2010;122:S685-S705.
4. Mark S. Link, Dianne L. Atkins, Rod S. Passman, et al. 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Science Part 6: Electrical Therapies: Automated External Defibrillators, Defibrillation, Cardioversion, and Pacing. Circulation. 2010;122:S706-S719.
5. Hazinski MF, Nolan JP, Billi JE et al. Part 1: Executive summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. Circulation.2010;122:S250-75.
6. Hazinski MF et al. Aspectos destacados de las guías de la American Heart Association de 2010 para RCP y ACE (Ed. Española: Fraga JM et al). American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care 2010.
7. Jerry P. Nolan, Jasmeet Soan, David A. Zideman et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Section 1. Executive summary. Resuscitation 2010;81(10):1219-1276. Guías

para la Resucitación 2010 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Sección 1. Resumen Ejecutivo (Trad. del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar).

8. Margaix Muñoz M, Jiménez Soriano Y, Poveda Roda R, Sarrión G. Cardiovascular diseases in dental practice. Practical considerations. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 May 1;13(5):E296-302

9. Ruano M, Perales N et al. Manual de Soporte Vital Avanzado. Ed. Elsevier Masson, 2007.

10. Moreno Arroyo MP. Formación en Reanimación Cardiopulmonar en las Facultades de Odontología Públicas de España. Tesis Doctoral, UCM, Madrid 2010.

11. Navarro Guillén, B. Shock Anafiláctico en Odontología: Caso Clínico. Odontólogos de hoy 2012;3:63.

Videoclips

1. Soporte Vital Básico, 2010. (www.youtube.com/playlist?list=PL4485460B4A7723D0)
2. Vinnie Jones' hard and fast Hands-only CPR. British Heart Foundation. (www.youtube.com/watch?v=ILxjxfB4zNk)
3. RCP con los Bee Gees. Stayin' Alive. Nick of Time Foundation. (www.youtube.com/watch?v=HFeYumVg9M)

Páginas Web

1. www.heart.org/cpr
2. www.cprguidelines.eu/2010/costr.php
3. www.circ.ahajournals.org

BEATRIZ FERNÁNDEZ SAINZ DE BARANDA

FRANCISCO JAVIER SILVESTRE DONAT

UNIDAD DE ESTOMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO
DR PESET (VALENCIA)



Dr. Francisco Javier Silvestre Donat

SÍNDROME DE BOCA ARDIENTE: UN ENIGMA MUY FRECUENTE EN LA CLÍNICA DIARIA

El síndrome de boca ardiente (SBA) es una patología de tipo crónico que se caracteriza por sentir ardor, escozor y/o picor en la cavidad bucal y labios, mientras la mucosa está clínicamente normal sin encontrar en la exploración oral lesiones objetivas que lo justifiquen, ni tampoco en la analítica. Su inicio es espontáneo y se produce con mayor frecuencia en mujeres de mediana edad o avanzada, con una prevalencia de hasta el 12-18 % para las mujeres post-menopáusicas.

A menudo afecta a la lengua, sobre todo a la punta y bordes laterales, los labios, y el paladar duro y blando. Además de una sensación de ardor, los pacientes pueden presentar dolor incesante oral de la mucosa, disgeusia y la xerostomía ^(1, 2).

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia estimada de SBA en la población general varía ampliamente en la literatura. Aumenta drásticamente con la edad. Aunque se necesitan más estudios con criterios satisfactorios para determinar la verdadera prevalencia de SBA, los datos obtenidos en diversos estudios ponen de manifiesto que la enfermedad es una condición médica importante que puede ser encontrada en la práctica clínica con bastante frecuencia ⁽³⁾.

La prevalencia se estima entre 0,7 – 15% de la población ⁽⁴⁾. Aparece con más frecuencia en mujeres en edades medias-avanzadas de la vida, siendo típico en mujeres postmenopáusicas. La proporción entre hombres y mujeres varía de un 8:1 a 9:1 según los autores ⁽⁵⁻⁷⁾.

Según Okeson ⁽⁸⁾ la edad de aparición en mujeres es entre los 40 y 49 años y en los hombres es entre los 30 y 49 años. El hecho de que su diagnóstico sea dificultoso hace más difícil determinar sus índices epidemiológicos ⁽⁹⁾ pues se puede confundir con otros cuadros clínicos muy similares que producen ardor en la boca.

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

En el momento actual se consideran 2 tipos de SBA. El SBA primario con carácter de dolor neuropático central o periférico y el SBA secundario a múltiples causas que dan lugar a ardor o escozor en la boca (ver tabla 1).

La etiología del síndrome de boca ardiente idiopático o primario es desconocida en este momento aunque en los últimos años sugieren una lesión de tipo neuropático. Existen procesos y situaciones que provocan ardor de boca por determinadas alteraciones sobre la mucosa oral y se conoce como SBA secundario, por no ser verdaderos síndromes de boca ardiente. Aunque se sugieren múltiples factores de origen local, sistémicos y psicológicos como posibles agentes etiológicos; por ello, no existe un tratamiento establecido para esta entidad clínica, empíricamente se dan indicaciones para mejorar la sintomatología.

Con relación a este SBA primario cada vez son mayores las evidencias de que se trata de un proceso neuropático que afecta al sistema nervioso periférico y/o central. Lo que no está claro es si se trata de una disfunción en los receptores periféricos, un problema central en el sistema dopaminérgico o bien una alteración en la transmisión de los impulsos nerviosos del sistema trigeminal. ⁽⁵⁾

Así mismo, este trastorno se ha asociado con varias alteraciones psiquiátricas ⁽⁶⁾. Aunque la enfermedad psiquiátrica se consideró inicialmente como una causa principal de SBA, ahora se considera un factor concurrente o secundario al padecimiento.

Generalmente se ha asociado el SBA a un estado de ansiedad importante, que el paciente muestra al describir su proceso clínico, desde el primer momento de la exploración. Los factores psicológicos y sociológicos desempeñan un importante papel en los desórdenes dolorosos faciales y orofaciales ⁽¹⁰⁾. Los cambios más comunes son: depresión, ansiedad, inadaptabilidad social e inestabilidad emocional.

Clínica Aparicio (Plénido)
QUALITY DENTAL GROUP

Perio (Plénido)
QUALITY DENTAL GROUP

Perioformación (Plénido)
QUALITY DENTAL GROUP

Buccal (Plénido)
QUALITY DENTAL GROUP

Oralis (Plénido)
QUALITY DENTAL GROUP

Aparicio Formación (Plénido)
QUALITY DENTAL GROUP

Clínica Dental Sagrada Familia (Plénido)
QUALITY DENTAL GROUP

AHORA TODOS SOMOS

Plénido Dental
EXPERTOS EN TU SONRISA



LOS MISMOS PROFESIONALES
DE CONFIANZA

www.plenido.com

Bergdahl y Cols ⁽¹¹⁾ observaron en sus pacientes un menor nivel de socialización, mayores niveles de ansiedad somática, tensión muscular, mayor tendencia a preocuparse por su salud y más tristeza cuando se comparaban con pacientes control, encontrándose importantes diferencias en cuanto a personalidad y funcionamiento psicológico. Esto hizo sugerir una base psicopatológica del SBA.

CLÍNICA

El paciente describe tener una sensación de ardor, escozor, hormigueo, adormecimiento o quemazón, son algunos de los calificativos utilizados por los pacientes para definir este disconfort que les causa. Se define como una sensación de ardor en cualquier parte de la mucosa bucal, en ausencia de hallazgos clínicos y de laboratorio ⁽¹²⁾.

Con relación a su localización, es frecuente encontrar más de una zona oral de forma simultánea, principalmente en la punta y bordes de la lengua, en los labios (más en el inferior) y en encías o paladar. Habitualmente de carácter bilateral y no siguen una distribución anatómica. Se levantan con menos molestias y van creciendo a lo largo del día, especialmente hacia la tarde-noche pero no interfieren en el sueño.

Síntomas asociados al ardor suelen ser la sensación de boca seca o xerostomía (el más frecuente), y alteración en el sentido del gusto y olfato, describiendo sabores raros o a metálico en la saliva.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de BMS sigue siendo un reto, como criterios de diagnóstico no están suficientemente definidos o aceptados universalmente, existen varios diagnósticos de confusión, y el cuadro clínico es a menudo variable. Scala et al ⁽¹³⁾ propuso los siguientes criterios fundamentales: ⁽¹⁾ todos los días y profunda sensación de ardor bilateral de la mucosa oral; ⁽²⁾ sensación de ardor seguido durante al menos 4 a 6 meses; ⁽³⁾ intensidad constante, o el aumento de la intensidad hacia la tarde-noche; ⁽⁴⁾ puede mejorar al comer o beber aunque algunos pacientes empeoran durante la comida; y ⁽⁵⁾ que no haya interferencia con el sueño. Los crite-

rios de apoyo adicionales serían: ⁽¹⁾ sensación de disgeusia y/o xerostomía; ⁽²⁾ alteraciones sensoriales y ⁽³⁾ cambios de humor o alteraciones psicopatológicas.

Es aconsejable realizar, como pruebas complementarias, una sialometría, un análisis sanguíneo para valorar alteraciones hematológicas o bien tiroideas. Si hay dudas, también se pueden solicitar pruebas alérgicas epicutáneas; todo ello para descartar un proceso alérgico.

TRATAMIENTO

El primer paso en la gestión depende del tipo específico de BMS, primario o secundario. El objetivo de la terapia de BMS secundaria inicialmente debe ser dirigido al tratamiento de la enfermedad local o sistémica causal, o retirar medicamentos que lo provocan. Esta terapia etiología dirigida hacia la causa suele producir una buena respuesta. La cura para el SBA primario, sin embargo, sigue siendo difícil de alcanzar a pesar de los intentos con diferentes clases de medicamentos. También resulta muy eficaz evitar focos irritativos locales como bordes de dientes cortantes y hábitos como el empujamiento lingual.

Cuando la sospecha es un SBA primario con alteraciones periféricas

empezar con un tratamiento tópico, clonacepan de 1 mg para chuparlo tres veces al día sin tragar la saliva o desensibilizantes como capsaicina tópica en gel o colutorio en dilución al 0,025-0,050%. ⁽⁵⁾

La frecuente asociación de alteraciones psicológicas en pacientes con el SBA y las características similares de su sintomatología con las del dolor crónico, han propiciado el uso de los antidepresivos en el tratamiento de los pacientes con fármacos del tipo de amitriptilina, paroxetina, sertralina o duloxetina. También se han utilizado otro tipo de psicofármacos como el amisulpride. Estos parece que funcionan mejor en los cuadros de SBA primario de tipo central.

El uso de agentes ansiolíticos en los pacientes se basa en observaciones clínicas e informes que indican una elevada prevalencia de ansiedad y estrés en ellos. Las benzodiacepinas como el clonacepan, el clordiazepóxido y el diazepam han sido los ansiolíticos más empleados para este fin. ⁽¹⁴⁾

Algunos autores han propuesto la administración de un agente antioxidante como el ácido alfa - lipoico para mejorar las molestias. Este es capaz de neutralizar los radicales libres formados en el organismo, de-

mostrándose su efecto neuroprotector y su eficacia en el tratamiento de neuropatías periféricas causadas por alteraciones en la conducción y el tropismo nervioso ⁽¹⁵⁾. Sin embargo, los resultados no han sido del todo satisfactorios.

El SBA es una entidad patológica de etiología multifactorial y mal conocida; el tratamiento y manejo del paciente suele ser difícil. Aunque a corto plazo estudios de seguimiento pueden mostrar potencial de mejoría de los síntomas con el tratamiento en los pacientes con SBA, los resultados a largo plazo para BMS siguen sin estar claros •

BIBLIOGRAFÍA

- Scala A, Checchi L, Montevecchi M, Marini I, Giamberardino MA. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. Crit Rev Oral Biol Med 2003;14:275-91.
- Sun A, Wu KM, Wang YP, Lin HP, Chen HM, Chiang CP. Burning mouth syndrome: a review and update. J Oral Pathol Med. 2013; 42(9):649-55.
- Patton LL, Siegel MA, Benoliel R, De Laat A. Management of burning mouth syndrome: systematic review and management recommendations. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007; 103(Suppl S39):e1-e13.
- Zakrzewska JM. The burning mouth syndrome remains an enigma. Pain 1995; 62: 253-7.
- Sardella A, Lodi G, Demarosi F, Uglietti D, Carrasi A. Causative or precipitating aspects of burning mouth syndrome: a case-control study. J Oral Pathol Med 2006;35:466-71.
- Eguia del Valle A, Aguirre Urizar JM, Martínez-Conde R, Echebarria Goikouria MA, Sagasta Pujana O. Síndrome de boca ardiente en el País Vasco: estudio preliminar de 30 casos. Med Oral 2003; 8: 84-90.
- Grushka M. Clinical features of burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1987; 63: 30-6.
- Okeson JP, Orofacial Pain. Guidelines for assessment, diagnostic and management. Illinois. Quintessence Co, INC. 1996. 106-08.
- Pajukoski H, Meurman JH, Halonen P, Sulkava R. Prevalence of subjective dry mouth and burning mouth in hospitalized elderly patients and outpatients in relation to saliva, medication, and systemic diseases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001; 92: 641-9.
- Cibirka RM, Nelson SK, Lefebvre CA. Burning mouth syndrome: a review of etiologies. J Prosthet Dent 1999; 78: 93-7.
- Bergdahl J, Anneroth G, Perris H. Personality characteristics of patients with resistant BMS. Acta Odontol Scand 1995; 53: 7-11.
- Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. Burning mouth syndrome. Am Fam Physician 2002; 15: 615-20.
- Scala A, Checchi L, Montevecchi M, Marini I, Giamberardino MA. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. Crit Rev Oral Biol Med. 2003; 14:275-291.
- Gorsky M, Silverman SJ, Chinn H. Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. An open study of 130 patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1991 Aug; 72(2):192-5.
- Femiano F, Gombos F, Scully C, Busciolano M, De Luca P. Burning mouth syndrome (BMS): controlled open trial of the efficacy of alpha-lipoic acid (thioctic acid) on symptomatology. Oral Dis. 2000 Sep; 6(5):274-7.

| | |
|----------------------------------|--|
| FACTORES LOCALES | <ul style="list-style-type: none"> -Irritaciones mecánicas sobre la mucosa oral. -Irritantes químicos sobre la mucosa oral. - Hábitos parafuncionales. -Alergias de contacto. -Candidiasis oral. -Boca seca/xerostomía. -Lengua geográfica. |
| FACTORES GENERALES | <ul style="list-style-type: none"> - Deficiencias vitamínicas. -Anemia ferropénica. -Alteraciones digestivas. -Alteraciones endocrinas. -Medicamentos. |
| FACTORES PSICOPATOLÓGICOS | <ul style="list-style-type: none"> -Depresión. -Ansiedad. -Estrés crónico psicosocial. -Cancerofobia. |

TABLA 1. FACTORES ETIOLÓGICOS EN EL SBA SECUNDARIO.



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

www.inrodent.es



AUTORES:
STEFAN KELHBACHER
THOMAS LIETZ

MÁS INFORMACIÓN:
 DENTAURUM ESPAÑA S.A
 SATURNINO CALLEJA 2
 28002 MADRID

EFICIENCIA Y BIOCOMPATIBILIDAD

ORTHOCRYL® LC - EL PRIMER ACRÍLICO FOTOPOLIMERIZABLE PARA LA ORTODONCIA

FOTOPOLÍMEROS NO SON NADA NUEVO EN LA ODONTOLOGÍA EN GENERAL, PERO SÍ EN LA ELABORACIÓN DE APARATOS ORTODÓNTICOS REMOVIBLES. HASTA AHORA CASI NO HABÍA ALTERNATIVAS A LOS POLÍMEROS FRÍOS NI A LA TÉCNICA DE MEZCLA POLVO Y LÍQUIDO. CON ORTHOCRYL® LC, DENTAURUM OFRECE EL PRIMER ACRÍLICO FOTOPOLIMERIZABLE DISEÑADO ESPECIALMENTE PARA ESTE CAMPO DE APLICACIÓN. ES IDEAL PARA FABRICAR PLACAS DE EXPANSIÓN, PLACAS DE MORDIDA, APARATOS BIMAXILARES U OTROS APARATOS SIMILARES. LOS AUTORES PRESENTAN LAS CARACTERÍSTICAS Y EL PROCESAMIENTO DE ESTE NUEVO MATERIAL.

BIOCOMPATIBILIDAD Y VENTAJAS PARA TÉCNICOS

Hoy en día, los aparatos de ortodoncia son elaborados casi exclusivamente con polímeros fríos de PMMA. La técnica más utilizada para la elaboración es la técnica de mezcla polvo y líquido, la cual requiere un alto porcentaje de monómero. Sin embargo, las resinas ortodónticas probadas de alta calidad presentan mínima contracción, máxima estabilidad y resistencia a fractura. Una vez polimerizadas y bañadas en agua estas resinas son totalmente biocompatibles. Orthocryl® de Dentaaurum ha probado su biocompatibilidad más de 250 millones de veces en las últimas décadas. ¿Por qué entonces introducir un producto nuevo?

Un paciente ortodóntico generalmente recibe una o dos placas de resina que las lleva durante un período relativamente breve. Con algunos pacientes o en caso de una resina de baja calidad pueden ocurrir reacciones de hipersensibilidad contra algunos de los elementos de la resina. Las principales causas son residuos de monómero y peróxido de dibenzoyl. El técnico dental está expuesto al material durante más tiempo, puesto que elabora varias placas al día durante décadas. Extractores de aire y otras medidas de protección pueden reducir el efecto de los humos de monómeros. Pero la exposición a los humos no se puede evitar por completo. Sería mejor tener una resina para elaborar aparatos ortodónticos completamente libre de sustancias nocivas. Otras ventajas importantes para el técnico son, el proceso de elaboración eficiente y una dosificación más económica.

Una resina con todas estas ventajas no existía en el mercado. Ahora la empresa Dentaaurum presenta Orthocryl® LC, el primer acrílico fotopolimerizable especialmente diseñado para elaborar aparatos de ortodoncia que trae todas estas ventajas. Se presta también para elaborar férulas de fresado para la implantología.

ORTHOCRYL® LC

Orthocryl® LC está compuesto principalmente de dimetacrilato de uretano (Tab. 1) y es libre de metacrilato de metilo y peróxido de dibenzoyl. La elaboración de los aparatos en el laboratorio y el uso de los aparatos en la boca no presenta ningún riesgo para la salud. Por lo tanto, Orthocryl® LC es ideal tanto para los pacientes como los técnicos dentales. Es fotopolimerizable y por ello un material monofásico. No se necesita mezclar dos materiales. El acrílico está listo para su uso y se puede aplicar de forma dosificada mediante el inyector adjunto. Esto le permite ahorrar tiempo y material.

| MATERIA PRIMA |
|------------------------------------|
| Dimetacrilato de uretano alifático |
| Dimetacrilato PEG-400 |
| Sílice pirógena |

TABLA 1. LOS COMPONENTES PRINCIPALES DE ORTHOCRYL® LC.

En las resinas de PMMA de dos fases el monómero es el componente problemático. Por un lado se sabe que el monómero tiene potencial alérgico y que es una sustancia peligrosa debido a su inflamabilidad. Por el otro lado se sabe que la técnica de mezcla polvo y líquido no funciona sin el monómero. Este problema no surge con Orthocryl® LC, porque el acrílico no es una sustancia peligrosa. La elaboración de este material fotopolimerizable no requiere de medidas de protección. Tampoco se necesitan extractores de aire o salas bien ventiladas. No se producen humos irritantes o molestos.



FIGURA 1. ORTHOCRYL® LC ESTÁ DISPONIBLE EN DIFERENTES COLORES QUE HACEN POSIBLE UN DISEÑO CREATIVO E INDIVIDUAL DE LAS PLACAS.



FIGURA 2. REVESTIR EL TORNILLO DE EXPANSIÓN.

Orthocryl® LC tiene una estructura ideal: es suficientemente viscoso y a la vez altamente estable. Le permite modelar todo tipo de aparato, en cuestión de minutos. Con los diferentes colores (Fig. 1) se pueden crear patrones individuales que no son posibles con los acrílicos convencionales. El técnico no tiene presión de tiempo al modelar, puesto que la polimerización no comienza hasta que el material esté expuesto a luz con una longitud de onda de 480 nm. Según el tipo de aparato, la aplicación del material tarda de tres a nueve minutos. Para la polimerización se prestan las mismas unidades de fotopolimerización que se utilizan para la polimerización de resinas de revestimiento. La contracción de Orthocryl® LC durante la polimerización es muy reducida y más previsible que en otros materiales. Por lo tanto, los resultados presentan un ajuste muy bueno. Los aparatos encajan perfectamente con los dientes. (Fig. 8).

EL PROCESAMIENTO

El procesamiento de Orthocryl® LC es similar a la técnica de mezcla polvo y líquido, pero más corto.

(Tab.2). El ejemplo de una placa de expansión muestra cuánto tiempo se puede ahorrar con este material. Los modelos y los elementos de alambre se preparan de forma habitual. A diferencia de la técnica de mezcla polvo y líquido ahora ya no es necesario sumergir el modelo en agua. En el modelo de escayola seco se aplica aislante. Para posicionar el tornillo de expansión, se fresa un hueco en el modelo de escayola y se llena con cera. Los tornillos de expansión de Dentaaurum disponen de un soporte de plástico con una espiga en la parte inferior. Este soporte sirve para fijar el tornillo en el modelo y después volver a quitar el tornillo del hueco con facilidad. Después de que se haya endurecido la cera, se quita el tornillo del modelo y se reviste con



FIGURA 3. PRIMERO APLICAR ACRÍLICO DEBAJO DE LOS ELEMENTOS DE ALAMBRE. DESPUÉS REVESTIR POR COMPLETO.



FIGURA 4. ELIMINAR BURBUJAS DE AIRE CON EL INSTRUMENTO LINGUBALL.

Orthocryl® LC (Fig. 2). En los elementos de alambre se cubre primero el espacio entre el modelo y el alambre y después el resto del elemento. (Fig. 3). Después se modela la placa con el material hasta alcanzar la forma y el espesor deseado (Fig. 4, 5). Si se aplica Orthocryl® LC en varias capas, la punta del cartucho debe estar sumergida en el material ya aplicado antes de añadir la siguiente capa. También se pueden incluir efectos mica. Para alcanzar este efecto, aplicar las micas Disco directamente de la botella sobre una primera capa de Orthocryl® LC y cubrirlas con otra capa de acrílico.

La polimerización tiene lugar en una unidad de fotopolimerización apropiada (Fig. 6). Aparatos monomaxilares permanecen sobre el modelo durante la polimerización. Los activadores permanecen sobre el modelo durante los primeros tres minutos de la polimerización. Después se quitan del modelo para continuar con la polimerización del lado basal. En todos los acrílicos fotopolimerizables que no se polimerizan en vacío se produce una capa de inhibición por el oxígeno. Esta capa se debe quitar con un líquido de limpieza con alcohol o durante el acabado. El acabado se efectúa de forma habitual. Se recomienda utilizar fresas de metal duro con dentado transversal o fresas para acrílicos blandos. Para el prepulido se recomienda pulidores de silicona o papel de lija fino. El alto brillo se alcanza con una pasta de pulido para acrílicos (p. ej. Edelweiß de Dentaaurum) y un cepillo de tela. (Fig. 7 y 8).

| | ORTHOCRYL® LC [MIN] | TÉCNICA MEZCLA POLVO Y LÍQUIDO [MIN] |
|-------------------------|---------------------|--------------------------------------|
| Baño de agua del modelo | - | 10 |
| Aplicar aislante | 1 | 1 |
| Aplicar material | <2 | 3 - 4 |
| Polimerización | 6 | 20 |
| Acabado y pulido | 6 | 7 |
| Suma: | 15 | 42 |

TABLA 2. AHORRO DE TIEMPO AL PROCESAR UNA PLACA DE EXPANSIÓN CON ORTHOCRYL® LC.

Las reparaciones de aparatos de Orthocryl® LC se realizan de forma habitual. Se desgasta con una fresa la parte que se quiere reparar. Se limpia la parte fresada y se aplica Orthocryl® LC sin utilizar adherente. Después se polimeriza el aparato según las instrucciones de polimerización.

CONCLUSIÓN

La era de la técnica de mezcla polvo y líquido ha llegado a su fin.

Con Orthocryl® LC, Dentaaurum ofrece un acrílico fotopolimerizable de alta biocompatibilidad, que no requiere de medidas de protección especiales. Gracias a la dosificación económica y el procesamiento rápido y eficiente, Orthocryl® LC es fácil de integrar en el día a día de un laboratorio. Orthocryl® LC le permite elaborar placas de expansión, aparatos ortodónticos bimaxilares, placas de mordida y férulas de fresa para la implantología con una eficiencia impresionante •



FIGURA 5. EL MATERIAL APLICADO LISTO PARA LA POLIMERIZACIÓN.



FIGURA 8. MÍNIMA CONTRACCIÓN DE ORTHOCRYL® LC - LAS PLACAS ENCAJAN PERFECTAMENTE CON LOS DIENTES.



FIGURA 6. POLIMERIZACIÓN EN UNIDAD DE FOTO-POLIMERIZACIÓN, P.EJ SOLIDILITE V (SHOFU).



FIGURA 7. PLACA DESPUÉS DEL ACABADO Y PULIDO.

"PRIMERA PUBLICACIÓN EN DZW ZAHNTECHNIK 5/14, MAYO 2014, SUPLEMENTO DE PUBLICIDAD DE DZW DIE ZAHNARZTWOCHTE, EDICIÓN 19/14, REPRODUCIDO CON LA AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES Y LA EDITORIAL"



Orthocryl® LC
delightfully different!

El acrílico fotopolimerizable para la ortodoncia.

El acrílico ortodóntico Orthocryl® LC impresiona con nuevas ventajas. Ha sido diseñado especialmente para elaborar aparatos ortodónticos. Este material está listo para su uso, le permite trabajar de forma eficiente y podrá ahorrar mucho tiempo.

- Reduce tiempo y material
- Es biocompatible
- Su fluidez está perfectamente estructurada
- Disponible en seis colores vivos



Aplicación de Orthocryl® LC.



Calle Saturnino Calleja 6 | 28002 Madrid | Teléfono: 914 165 161 | Fax 914 154 916
info@dentaaurum.es | www.dentaaurum.es



PUNTEX
www.puntex.es



También en su Smartphone y Tablet

OnLine actualizadas

GUÍAS



PUNTEX



PUNTEX informa

sanidad

Newsletter Semanal +30.000 y GRATUITO



Portal Salud

Buscador único, temático y por guías

Contenido +135.000
Visitantes +20.000

TODO HOSPITAL

OnLine



BBDD

+200.000 Direcciones

Proyectos a medida
Nacionales y Extranjeros



Félix Pérez Arroyo

POR JAVIER SANZ SERRULLA

Muriendo el siglo XIX, la menguada literatura odontológica española venía a enriquecerse con dos nuevos libros de utilidad para quienes se dedicaban, en condiciones de precariedad, al arte dental. Nos referimos a los titulados “Tratado de enfermedades de la boca” (1795), de Francisco Antonio Peláez, y “Tratado de las operaciones que deben practicarse en la dentadura” (1799), de Félix Pérez Arroyo. A este último dedicamos la presente revisión biográfica.

Félix Pérez Arroyo nació en la villa guadalajareña de Alovera el 23 de febrero de 1755, y fue cristianado cinco días después en la parroquia de este lugar. Nada se sabe de su formación sanitaria, que se presume escasa, pues el título que luce en la portada de su obra es el de “Cirujano hernista”, o sea, un cirujano menor especialista en el tratamiento, casi exclusivo, de la operación de las hernias. Añade además, “que ha sido de los hospitales de esta Corte”. Así pues, en la capital del reino debió ejercer la mayor parte de su vida en tal condición de cirujano hernista, pero también mantuvo alguna actividad privada en su domicilio.

Era frecuente anunciarse en aquellos años en la “Gazeta de Madrid” y así lo hizo Pérez Arroyo en 1793 para dar a conocer algunos de sus inventos de aplicación médica, tales como “máquinas fumigatorias y las que sirven para reducir algunas clases de hernias, que pueden aplicarse a los cólicos” o bien “vendajes con muelles muy elásticos que aplicados a las hernias sirven de complemento”. Dos años después anunciará “un nuevo vendaje muy ingenioso con cinco o más resortes elásticos para los exónfalos o hernias de ombligo... principalmente en las embarazadas, sin perjuicio del feto”, haciendo además ceñidores y corsés.

Pero también, más allá de estos artilugios puramente mecánicos, hablará de haber “descubierto una medicina con la resina del ocuge y de los mates”, remedio que era desconocido en nuestro país aunque no en América, el cual sometió a aprobación del Protomedicato recibiendo la licencia para su uso. Mientras esta “medicina” se podía encontrar en la botica de D. Antonio Moreno, en la



Carrera de San Jerónimo, los otros inventos podrían adquirirse en el propio domicilio de Pérez Arroyo: el número 5 de la calle de la Visitación.

Tanto esfuerzo no le acarrearía sin embargo la fortuna que esperara, antes al contrario. Al igual que tantos cirujanos menores, murió sin recursos, hasta el extremo que el 12 de abril de 1803 se vio en la necesidad de hacer, ante notario, la correspondiente “declaración de pobre.”

Cinco años después, el 17 de febrero de 1803 y a los cincuenta y cuatro de edad, falleció en su domicilio y era enterrado en la iglesia de San Sebastián, de la que era parroquiano. Quedaba como heredero su único hijo, don Quintín Pérez Arroyo.

Félix Pérez Arroyo pasaría a la historia de la odontología como autor del tratado que mencionamos al inicio. En 1798 la obra cruzaba la censura correspondiente en la Real Academia Nacional de Medicina, aunque una frase de los académicos encargados de la misma, los doctores Durand y Somoza, ya advierte el soporte: “para juzgar del mérito de la traducción, necesita la Acade-

mia el original”. En efecto, el original a que se refieren los censores no es otro, como hemos comprobado mediante el cotejo de ambas obras, que “Le chirurgien dentiste”, obra capital con la que se inicia la odontología moderna de la mano del francés Pierre Fauchard. Pérez Arroyo, una vez su colega Francisco

“

*Félix Pérez Arroyo
ejerció como cirujano
hernista en la capital
de España.*

”

Antonio Peláez había hecho lo propio con su libro, trasladado desde el tratado francés, vio la oportunidad de completar la traducción con esta otra parte, de contenido propiamente operatorio, de ahí su título: “Tratado de las operaciones...”

El loable propósito de ambos autores no debió ser otro, a nuestro juicio, que el de poner en manos de los dentistas españoles el mejor de los tratados de dentistería existentes en aquella actualidad pues la biblioteca odontológica española, como advertimos, era un páramo. Pérez Arroyo advierte en la portada que su libro está “Recopilado de los mejores autores”, que no fueron otros que Fauchard, de presencia abrumadora, Dionis, Riviere, Heister, Verduc o Carmeline, aunque éstos aparecen de

pasada. El libro se enriqueció con cuatro láminas desplegadas que muestran principalmente un extenso utillaje con el que poder ejecutar las operaciones que se indican en el texto, así como también algunas prótesis dentales para sustituir los dientes perdidos. Los dentistas españoles, insistimos, por medio de este texto tenían acceso al conocimiento de nuevas técnicas y podrían encargarse del instrumental necesario para desempeñar su oficio.

En este apartado puramente odontológico, Félix Pérez Arroyo se dio también al diseño y fabricación de algún instrumento dental, como fue un nuevo tipo de “pelican” o pelicano, destinado a la extracción de dientes y que fue presentado a la Real Academia de Medicina. Dicho instrumento, al ser un “pelican compuesto”, tenía la ventaja de “reunir varios instrumentos”.

Curiosamente, el “Tratado de las operaciones que deben practicarse en la dentadura...” tendría fortuna dos siglos después pues ha sido objeto de tres ediciones facsimilares en tiempos recientes: la primera (Valencia, Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Valencia, 1985) con un estudio previo de José María López Piñero y José María Pastor González; la segunda (Oviedo, KRK ediciones, 2003) con un estudio introductorio de Emilio Suárez Nimo; la tercera (Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 2012), con un estudio previo de Luis S. Granjel y Miguel Lucas Tomás. Para los amantes de la biblioteca clásica de la odontología española es un libro imprescindible ●



Cuando crecer es un serio problema

EN TRIBUNA: JAVIER RELINQUE

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

Llevamos ya tiempo con la empresa en marcha. Ya parece que hemos conseguido lo más difícil: mantener vivo el negocio —a pesar de los sucesivos gobiernos— y no sucumbir a la crisis.

Gracias a nuestro esfuerzo, renuncias, tesón y trabajo constante, hemos llegado a una posición en el mercado desahogada. Tenemos nuestro personal, nuestros clientes, nuestros proveedores habituales y parece que todo va a una velocidad de crucero constante. A ese socio que se llama Hacienda, pero que no trabaja, lo mantenemos

“

Otros sufren el síndrome de “Peter Pan”, y de ahí al cierre de la consulta los días están contados.

”

tranquilo, y los ciclos de facturación son controlados gracias a la previsión y a la experiencia.

Y aunque hacemos números y cuentas todos los días, en principio no hay nubarrones a la vista y —parece— que dirigimos un negocio solvente.

Pero en la empresa hay un principio que no falla: o creces o decreces. El negocio con rendimiento y beneficio constante no existe, porque si se consigue esa situación estática y apacible (que todos soñamos) aparecen las variables que se hallaban ocultas: una es la competencia cercana, y la otra es la copia de nuestro modelo de negocio.

Por otro lado, si hemos hecho los deberes, la demanda de servicios aumentará, y así, una vez superado esos primeros escalones, nos encontramos en un rellano en el que la clientela viene y acude a visitarnos cada vez más. La estructura formada por el equipo de trabajo profesional,

auxiliar y administrativo no es suficiente para atender la demanda del negocio. Es más, ya hemos empezado a bajar la calidad del servicio porque el modelo inicial se ha quedado pequeño y la atención al cliente se resiente.

Sin embargo, cada vez dedicamos más horas a la consulta y obtenemos menos rentabilidad a esas horas de más. El negocio comienza a resentirse, y nosotros también.

Y el problema empieza a ser serio, pues gracias a la experiencia y la cualificación profesional, tenemos capacidad de realizar labores comerciales y aumentar la producción y la facturación, pero ello implica más carga de trabajo y lo cierto es que no damos más de sí.

Un posible aumento de clientes me ahogaría con la estructura de negocio que tengo, pero lo cierto es que necesito facturar más. Soy consciente de que estoy dando “el estirón”, pero ¿cómo se crece en el negocio?

Ante ello nos hacemos las siguientes preguntas:

- Si la cuenta de resultados es ya muy ajustada, ¿contrato más personal?.
- ¿Qué tipo de personal? ¿Administrativo o técnico?
- Pero, ¿quién se encarga del control, supervisión, coordinación y dirección del equipo de personas?
- En ese caso, tendría que pensar ya en contratar a alguien para que asuma el papel de coordinador de recursos humanos. ¿Más costes?
- ¿Está el problema en un bajo rendimiento de algún miembro del equipo?
- ¿Busco nuevos socios que inviertan en el negocio? ¿Dónde están esos socios?

QUIERE
FINANCIACIÓN?
¿FÁCIL?
PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en

918 291 241



FINCLINIK'S
FINANCIACIÓN CLÍNICA

- Si aumento el equipo de personas, se precisa más material y más espacio. ¿Amplío entonces la superficie? ¿Obras? ¿Más costes?

- ¿Pido un préstamo al banco para inversiones?

- Puedo ampliar el horario de atención a los pacientes, pero, ¿quién controla esas horas? ¿A quién encargo la responsabilidad de esa coordinación? ¿Me voy a convertir en un "tele-dentista 24 h"?

- ¿Cómo sé si todos estos gastos van a redundar en un mayor beneficio? Las horas de trabajo, ¿serán más rentables?

- ¿Voy depurando clientes? ¿Aumento el precio a los clientes? ¿Se irán en desbandada?

- Si aumento la facturación, ¿cómo absorbo una mayor producción sin aumentar costes? O mejor dicho, ¿cómo absorbo una mayor producción sin aumentar la estructura de costes de forma peligrosa?

- Si me embarco en un aumento de la consulta y reestructuro el negocio, ¿puede que llegue la competencia y se lleve la clientela y me deje en la ruina?

- ¿Es así como se crece?

- ¿Puedo aumentar la facturación sin aumentar los costes de producción?

- ¿Es mi modelo de negocio válido sólo para una pequeña consulta?

- ¿Sirve de algo mejorar la página web?

La última pregunta a este galimatías sería ¿vendo la consulta?

Desde luego, éste es el problema fundamental al que deben enfrentarse los empresarios cuando su negocio comienza a dar frutos. Algunos sólo saben crecer de una forma plana, es decir, en una sola dimensión (más personal y ampliando la consulta).

Otros sufren el llamado "síndrome de Peter Pan" y no quieren crecer, se esconden en su modelo de consulta primaria a verlas venir mientras otros profesionales les aventajan. Y de ahí al cierre de la consulta los días empiezan a estar contados. Y en este caso, las lamentaciones no sirven de nada.

Pues bien, hasta aquí los problemas que parecen que carecen de solución. En el siguiente número de la revista trataremos de poner orden y apuntar las posibles soluciones •

OLYMPUS



OM-D
Move into a New World

¡Renuévate!

Cambia tu réflex* por una E-M1 y el adaptador MMF-3 y aprovecha tus objetivos y flash con un cuerpo de última generación por **1.390€**

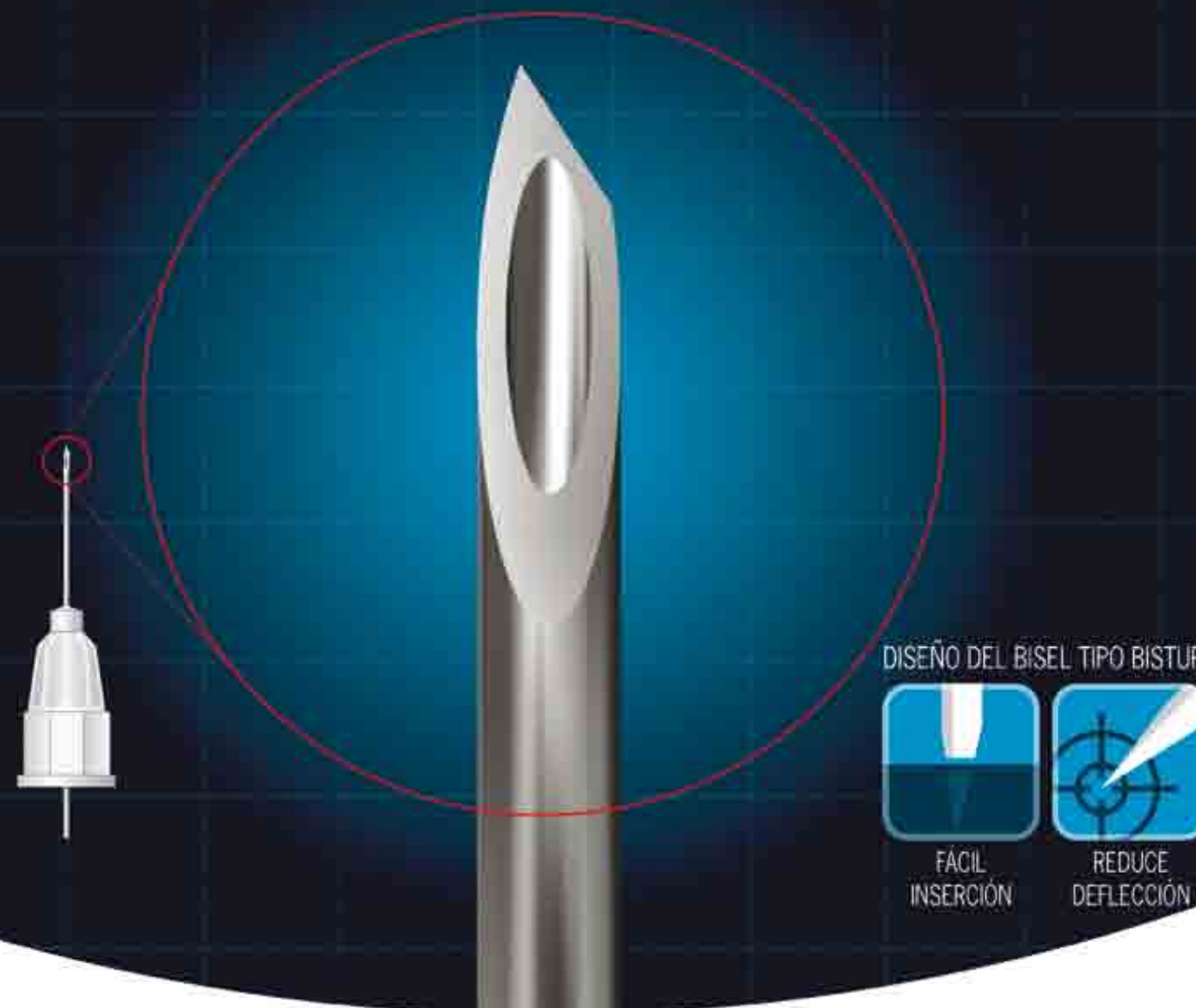
* E-300, E-330, E-500, E-510, E-520 Y E-620

Promoción válida hasta el 31/12/2014

FOTOLANDIA
dental

www.fotografiadental.cat

Tel. 933.305.162



MAYOR CONTROL, MÁS COMODIDAD. SEPTOJECT EVOLUTION.



Septodont, el líder mundial en control del dolor, presenta Septoject Evolution, una innovadora aguja con un sistema patentado de diseño de bisel tipo bisturí.

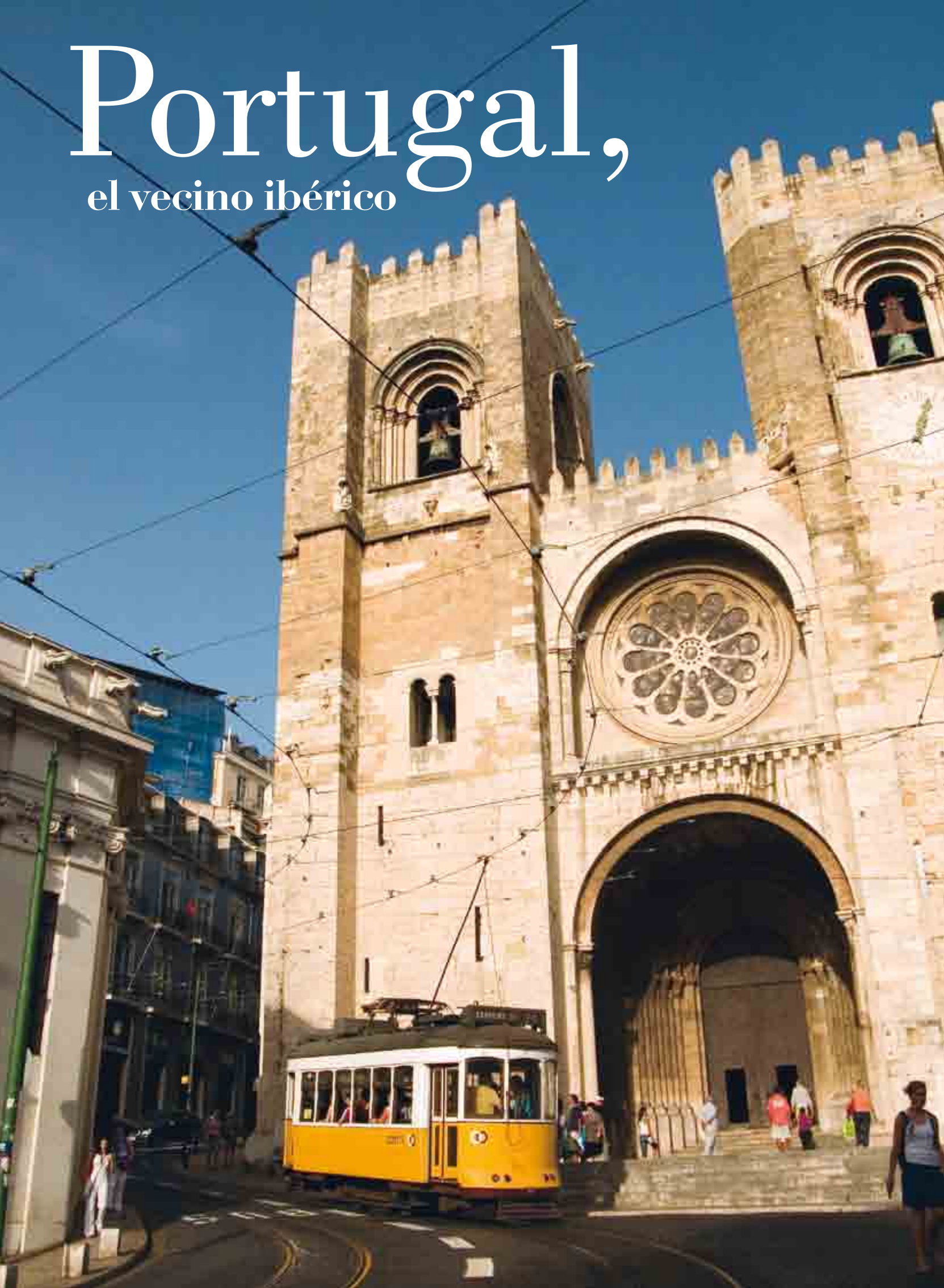
Septoject Evolution ha sido diseñada para una penetración más suave y con menos desplazamiento en el tejido. Esto proporciona menor molestia para sus pacientes, incluso cuando son necesarias múltiples inyecciones. Para usted, deberá aplicar menos fuerza, combinado con una significativa reducción de deflexión, lo que le proporcionará un mejor control y una mayor precisión.

Si piensa que una aguja es sólo una aguja, piénselo de nuevo! Septoject Evolution.



Portugal,

el vecino ibérico



Portugal ha sido testigo de un flujo constante de diferentes civilizaciones durante los últimos 3100 años.

Tartessos, celtas, fenicios, cartagineses, griegos, romanos, germanos (suevos y visigodos), musulmanes, judíos y otros pueblos han dejado huella en la cultura, historia, lenguaje y etnia. Durante los siglos XV y XVI, Portugal fue una potencia económica, social y cultural mundial, así como un imperio que se extendía desde Brasil hasta las Indias Orientales. Posteriormente, sobre todo tras las Guerras Napoleónicas y la independencia de Brasil entre finales del s. XVIII y principios del s. XIX, Portugal empezó a vivir periodos convulsos. El país vivió bajo una dictadura entre 1933 y 1974, cuando cayó tras una revuelta conocida como la Revolución de los Claveles. En 1986 ingresó en la Unión Europea y, desde 2001, forma parte de la Eurozona.

Uno de los motores de la economía de Portugal es el turismo y representa el 10% del empleo y el 11% del PIB.

El tipo de turismo más importante es el denominado «de sol y playa» y se concentra en el Algarve, Madeira, y las Azores aunque por encima de todo destaca Lisboa como destino turístico. No obstante, el gobierno portugués sigue promocionando nuevos destinos turísticos como el valle del Tajo, las Beiras, Oporto y el norte de Portugal.

Portugal es un país soberano miembro de la Unión Europea, constituido como un estado democrático de derecho. Su territorio, con capital en Lisboa, está situado en el sudoeste de Europa (en la Península Ibérica) y en el norte de África. En la parte europea limita al este y al norte con España, y al sur y oeste con el océano Atlántico. En África se encuentra el archipiélago autónomo de Madeira. Comprende también el archipiélago autónomo de las Azores, situado en el hemisferio norte del océano Atlántico.

Oporto

Con más de 1,7 millones de habitantes Oporto es la segunda ciudad más grande de Portugal por detrás de Lisboa.

La cercanía de Oporto con España hace que sea un destino muy cómodo y atractivo para los turistas españoles, incluso para una escapada de fin de semana.

Esta ciudad, situada al norte de Portugal junto a la desembocadura del río Duero, es un lugar muy especial; tal vez sea ese aire de decadencia que la invade o a la vida que se respira en ella. Tal vez sean sus elegantes barrios y villas señoriales en contrapunto con las estrechas calles y viejos callejones que la UNESCO ha declarado Patrimonio de la Humanidad.

Oporto es una ciudad para recorrerla andando, disfrutando al máximo de sus estrechas callecitas cargadas de historia y nostalgia. La catedral de la Sé de Oporto es uno de los lugares de visita obligada para el visitante, al igual que el mercado do Bolhao, con su aire decadente y nostálgico o la estación de San Bento, construída sobre los restos del antiguo convento de San Bento del Ave María.



VISTA DE LA CIUDAD DE OPORTO



IZQUIERDA: IMAGEN DE UNA PLAYA DEL ALGARVE, VISITADO POR MÁS DE 9 MILLONES DE TURISTAS EXTRANJEROS AL AÑO.



Lisboa

La capital portuguesa es la ciudad que recibe mayor número de visitantes a lo largo del año. La riqueza histórica y arquitectónica de la ciudad la convierten en un museo al aire libre. La catedral Santa María Maior es la iglesia más importante de Lisboa. Es comúnmente llamada "Sé de Lisboa".

El Monasterio de los Jerónimos es, junto a la Torre de Belém, la visita

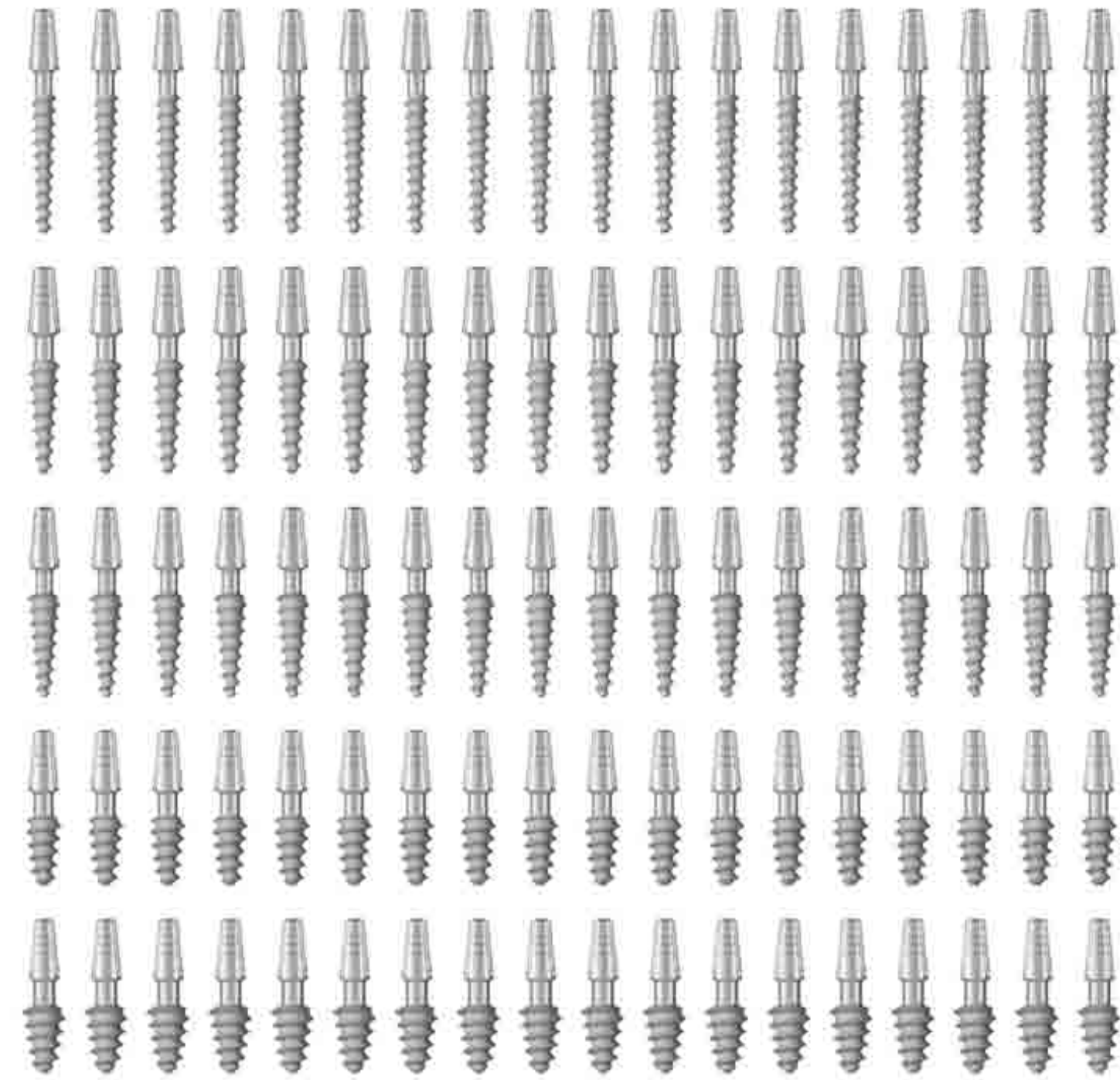
turística más importante de Lisboa. En su interior se encuentra la tumba de Vasco de Gama.

La Torre de Belém, situada en el estuario del Tajo, sirvió inicialmente como torre defensiva para proteger Lisboa. Posteriormente, su misión se relegó a faro y centro aduanero.

Con 52 metros de altura el Monumento a los Descubrimientos conmemora el quinto centenario de la

muerte de Henrique el Navegante, descubridor de Las Azores, Madeira y Cabo Verde. Y el Castillo de San Jorge es uno de los símbolos más reconocibles de la ciudad.

Braga, Funchal, Coimbra, Estoril y Sintra son otras de las ciudades de visita obligada para los turistas •




Implantología ROOTT

Grandes ofertas para los que quieren empezar la implantología en busca de un sistema de implantes fiable con un servicio excelente y terminaciones favorables



trate.com

+34 983 372 504



El fútbol femenino en España se practica de forma amateur, pero cada vez hay más afición y mujeres que se sienten atraídas por la práctica del deporte "rey".

Fútbol femenino, las mujeres se apuntan al deporte rey

A diferencia del fútbol masculino, el balompié femenino es un deporte amateur en España, ya que los estatutos de la Real Federación Española de Fútbol no contemplan la existencia de licencias profesionales para las mujeres. A pesar de ello, existen dos competiciones de ámbito nacional, la Superliga y la Copa de la Reina, en las que participan clubes con estructura semi-profesional.

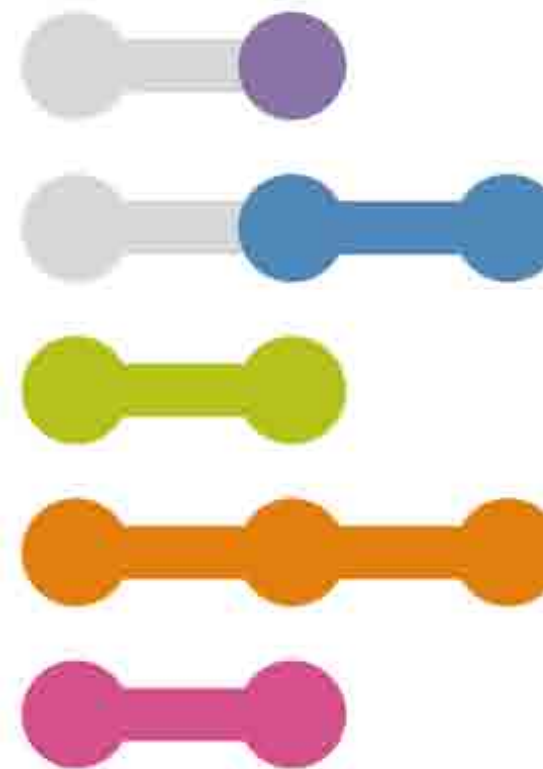
Los primeros equipos y las competiciones oficiales de fútbol femenino en España surgieron en la década de 1970. No fue hasta 1980 cuando esta categoría fue reconocida oficialmente por la Real Federación Española de Fútbol, con la creación del Comité Nacional de Fútbol Femenino. Tras el reconocimiento federativo, la primera competición nacional oficial fue el Campeonato de España (Copa de la Reina), creado en 1983. La Liga



nacional femenina comenzó a disputarse la temporada 1988-89.

A principios de la década del 2000 el fútbol femenino en España vivió uno de los momentos de mayor desarrollo y popularidad, gracias a la creación de la Superliga, la progresiva implicación de los clubes profesionales masculinos y la llegada de jugadoras mediáticas. Muestra de este hecho, la temporada 2002-03 el Athletic Club logró proclamarse campeón de liga en el Estadio de San Mamés ante 35.000 espectadores.

El pasado mes de septiembre la selección española de fútbol logró, por primera vez en su historia, la clasificación para el Mundial de Fútbol Femenino que se celebrará el próximo año en Canadá. Un gran éxito con el que la selección femenina rompe un techo histórico y que, a buen seguro, popularizará más este deporte en nuestro país •



SEPA BCN'15

VISIÓN DE EQUIPO

más prevención,
mejores tratamientos,
más salud.

49ª REUNIÓN ANUAL SEPA

5ª SEPA HIGIENE BUCODENTAL

Del 26 al 28 de febrero de 2015

Barcelona

Pide tu cheque descuento a nuestras empresas patrocinadoras y expositoras
Inscríbete ya en www.sepa.es



[CARLA BARTOLOMÉ, ODONTÓLOGA Y JUGADORA DE FÚTBOL]
 “El fútbol te aporta unos valores clave para el trabajo en equipo”



Carla Bartolomé es una joven odontóloga, recién licenciada por la Universidad Internacional de Catalunya (UIC), que compatibiliza su ejercicio profesional con su gran pasión por el fútbol, deporte que practica desde los 13 años.

“Odontólogos de Hoy”: ¿Cómo surgió tu afición por el fútbol y desde cuándo juegas?

Carla Bartolomé: Gracias a mi hermano empezó mi pasión por el fútbol, jugando en la calle y viendo todos sus partidos. Desde pequeña, también, que en el patio del colegio lo practicaba con todos los niños de clase. Pero no empecé a practicarlo en un club hasta los 13 años, después de probar otros deportes como el baloncesto, el atletismo y el tenis.

ODH: ¿Cómo compaginas el ejercicio de tu profesión con el deporte?

C.B.: Los entrenamientos son por la noche así que puedo compaginar sin problema el trabajo con el fútbol. Aunque hay días que llego muy cansada a casa, para mí el deporte es mi vía de escape, para desconectar, desahogarme y pasar un buen rato con mis compañeras haciendo lo que más nos gusta.

El fútbol son muchas horas de dedicación, 3 entrenamientos a la semana más el partido del fin de semana, pero a mí me recompensa, y además tengo

mi teoría: cuanto menos tiempo tienes, más lo aprovechas.

ODH: ¿Crees que el fútbol femenino está poco valorado por el gran público al ser considerado un deporte masculino?

C.B.: Por supuesto. En primera división femenina la mayor parte de aficionados suelen ser familiares o amigos. Pero porque es el pez que se

muerde la cola, si no va gente a verlas, los medios de comunicación no lo sacan y si no sale en los medios la gente tampoco se interesa ni se entera.

ODH: Juegas en el CE Europa, en la Segunda División Nacional. ¿Cuál ha sido tu trayectoria deportiva hasta llegar al CE Europa?

C.B.: Empecé jugando a fútbol 7 en el CE Sabadell, y con 15 años ya estaba



Grabar o no grabar?
 Esa ya no será nunca más la cuestión.

OFERTA DE LANZAMIENTO
 Compre un frasco de 4 ml. y reciba un cargo ni compromiso otro de 2,5 ml.

¡NUEVO!

xeno® Select

Adhesivo para grabado total y auto-grabado

- Aplicable con todas las técnicas de grabado
- Alta seguridad de aplicación en dentina seca y húmeda¹
- No más sensibilidad post-operatoria¹
- Tiempo de trabajo de 30 minutos en CliXdish™ cerrado



Para una odontología mejor

DENTSPLY

¹ Datos en file.

Para más información, visite www.dentsply.es, llame al teléfono de Atención al Cliente 900 878 765, o contacte con su asesor Dentsply DeTrey.

en el primer equipo, hace 10 años no había ni categorías por la poca cantidad de mujeres que practicaban el fútbol. Estuve 4 años en el CE Sabadell. Después fiché por el CE Europa, donde jugué 2 años. Luego estuve 5 años en el Cerdanyola FC, el pueblo donde vivo, y era lo más cómodo para compaginarlo durante la carrera de odontología. Una vez licenciada me fui al Bonaire de Terrassa y este año he vuelto a un gran club, al CE Europa para poder competir a un alto nivel.

ODH: *¿Cómo gestiona tu club la sección de fútbol femenina? ¿Tenéis apoyo de las categorías masculinas?*

C.B.: El CE Europa es un club que gestiona el fútbol femenino conjuntamente con el masculino y con todo el fútbol base, club con mucha historia en el fútbol catalán. Se acuerda un presupuesto según las necesidades/categoría de cada equipo que forma parte del club.

ODH: *Recientemente, el equipo nacional de fútbol femenino se ha clasificado, por primera en su historia, para un Mundial. ¿Cómo valoras este hecho para el reconocimiento de este deporte a nivel nacional?*

C.B.: Me gustaría pensar que este hecho cambiará algo en el fútbol femenino aunque no creo que así sea. Personalmente muy contenta por este logro, y con ganas de que realicen un buen papel en el Mundial y poder demostrar lo mucho que valen. Ojalá que los millones de amantes del fútbol tomen consciencia y lo disfruten como si fueran chicos.

ODH: *¿Recomendarías la práctica del fútbol a tus compañeras de profesión? ¿Por qué?*

C.B.: Recomendaría el deporte en general. Es muy saludable y ayuda a evadirte por unas horas del trabajo, ya que la odontología es una profesión muy bonita pero con alto nivel de estrés, por lo que conviene distraerse para tener una mayor motivación al día siguiente.

El fútbol en concreto, como cualquier deporte de equipo, me ha ayudado a mi vida profesional con



valores como son la constancia, la responsabilidad, la disciplina, el compromiso y el saber trabajar en equipo. La odontología es una profesión multidisciplinar por lo que es esencial saber trabajar con tus compañeros para sacarle el mejor partido.

ODH: *¿Qué opinas de la situación actual de la selección nacional absoluta masculina, volverá a lograr los éxitos del pasado?*

C.B.: La selección española absoluta masculina tiene grandes jugadores en la plantilla y después del desastroso mundial en Brasil creo que volverán con más ambición que nunca. Ganar un mundial es tremendamente complicado pero si trabajan duro podrían volver a conseguirlo, aunque por su sistema de juego, muy parecido al del FC Barcelona, el resto de equipos nos tienen muy calados ya y hay que renovarse y sorprender de nuevo.

ODH: *Has terminado tus estudios de licenciatura recientemente en la U.I.C. ¿Cómo ha sido tu experiencia de estudiante?*

C.B.: Ha sido muy gratificante. Estudiando con buenos compañeros y grandes profesionales. Una etapa muy bonita, y que en mi caso, como en muchos otros, no ha terminado. Es una profesión en la que nunca hay que dejar de estudiar y aprender. Yo ahora he vuelto a la UIC para realizar un postgrado en odontopediatría para seguir formándome.

La UIC me ofreció la oportunidad de realizar un Erasmus en Francia, lo que recomiendo mucho, ya que aprendí otra lengua y una nueva manera de trabajar.

ODH: *¿Cómo ves el futuro profesional que tienes por delante?*

C.B.: Creo que los jóvenes lo tenemos un poco complicado ahora mismo para encontrar un buen trabajo, ya que en todos sitios te piden experiencia y nadie te da la oportunidad para poderla adquirir, pero por otra parte estoy tranquila por la buena formación que he tenido y estoy teniendo, y aunque sea pasito a pasito sé que tendré mi recompensa. También me planteo el irme fuera de España en busca de nuevos retos •



ABIERTO PLAZO DE INSCRIPCIÓN 2015-2016 ¡NO TE QUEDES SIN PLAZA!

MÁS DEL 80% DE
PRÁCTICA CLÍNICA
SOBRE PACIENTES



MAESTRES UNIVERSITARIOS

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

MAESTRES PROPIOS

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

MAESTRES 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
 iprodont@uic.es
 www.uic.es
 telf: 93 504 20 00
 c/ Josep Trueta s/n
 08195 San Cugat del Vallés
 Barcelona, España





... y si el fútbol femenino tuviera el mismo apoyo que el masculino?

CARLA BARTOLOMÉ

Hasta donde alcanza mi recuerdo, el fútbol siempre ha sido el deporte rey en España y gran parte del mundo. Es de los pocos deportes que puede movilizar a miles de personas en un mismo estadio, dejar calles desiertas durante la final de un Mundial y hasta llegar a comparar a un simple futbolista con un dios. Esto, desgraciadamente, sólo ocurre en el caso de los hombres. Para que una mujer futbolista tenga espacio en la página de algún diario, debe lograr la mayor y más espectacular hazaña de su carrera. Mientras que el peinado del guapo de Cristiano Ronaldo o el beso en directo de Iker Casillas con Sara Carbonero, ocupan portadas y minutos televisivos.

Es cierto que el fútbol femenino español no es tan espectacular como el de la Liga española masculina, donde juegan muchos de los mejores futbolistas del mundo. Pero, ¿cómo esperar el mismo rendimiento si ellas dedican más tiempo a superar las trabas que les ponen en el camino, que a dedicarse plenamente al deporte? Una futbolista en España no puede ser profesional. Una futbolista en España tiene que compaginar estudios o trabajo con los entrenamientos y partidos, realizar desplazamientos por todo el país en autobús el mismo día del partido y pedirse días libres en el trabajo para defender los colores de su selección. Muchas horas de dedicación y sacrificio que sólo son recompensadas con la satisfacción personal de cada una.

Los medios de comunicación no favorecen la igualdad. Tampoco el Gobierno ni la Real Federación Española de Fútbol, que hace unas semanas se convirtió en la única federación nacional en rechazar una subvención del Consejo Superior de Deportes dirigida a mujeres deportistas. Esta desigualdad es el reflejo de una sociedad que siempre ha estado tildada de machista, ya que en otros países europeos como Suecia, Alemania o Francia las futbolistas están mucho más reconocidas y valoradas.

Los recientes logros conseguidos por deportistas españolas en secciones como el waterpolo, baloncesto, natación y bádminton sacan a relucir que cuando se les ha concedido la oportunidad de competir en la élite, no sólo han igualado los resultados de deportistas masculinos, sino que incluso los han superado. El hecho de haber tenido que luchar siempre contra la adversidad en busca de su sueño, hace que tengan más capacidad de superación. Pese a la desigualdad entre el fútbol masculino y el femenino, este año las chicas de la selección española han conseguido la mayor gesta de su historia: clasificarse para el Mundial absoluto de Canadá 2015.

Si con una ínfima ayuda ellas han conseguido llegar hasta aquí, ¿dónde estaría el fútbol femenino español si desde bien pequeñas hubieran contado con las mismas condiciones que los hombres? •



¿QUIERES CONECTAR CON TUS PACIENTES?

Pack Ok Basic
Imagen corporativa + perfil en redes sociales

Pack Ok Medium
Imagen corporativa + perfil y dinamización de redes sociales

Pack Ok Premium
Imagen corporativa + redes + web + vídeo

Diseño publicitario y editorial, merchandising, eventos, newsletters, blogs, diseño de local... ¡y mucho más!

Comunicación de calidad para el sector dental

oklok@oklok.es
www.oklok.es / Tlf: 91 366 55 24
C/ Benito Quiróvil, 13 (Bajo B) - 28008 Madrid

¡Síguenos!

**DEL 4 AL 13 DE DICIEMBRE:
MUERTE EN VENECIA,
EN EL TEATRO NACIONAL**

La temporada de Ópera en el Teatro Real de Madrid tendrá dentro de su calendario anual una gran cita con la obra de Thomas Mann, "Muerte en Venecia" que se representará del 4 al 23 de diciembre próximos.

Se trata de una co-producción del Teatro Real y el Gran Teatre del Liceu de Barcelona, una ópera en dos actos y diecisiete escenas según el Libreto de Myfanwy Piper, basado en el relato Der Tod in Venedig (1912) de Thomas Mann.

La obra capital de Thomas Mann plasma sus inquietudes sobre el cánón de la belleza ideal. Sobre este argumento gira la obra. Sumido en un profundo vacío creativo, el escritor Gustav Aschenbach se debate entre las fuerzas contenidas de lo apolíneo y la pasión de lo dionisiaco. El catalizador será el adolescente Tadzio, con el que coincide en su último viaje a una decadente Venecia asolada por una epidemia de cólera, presagio del derrumbamiento de un mundo que ya no volverá •



La Ópera "Muerte en Venecia", contará con actividades paralelas en diversos escenarios:

BIBLIOTECA NACIONAL DE ESPAÑA

Exposición Mariano Fortuny Madrazo: **Otra muerte en Venecia**, por González-Ruano, con ilustraciones del propio artista.

25 noviembre de 2014.
Museo de la BNE.
Institución colaboradora:
Biblioteca Nacional.

FILMOTECA ESPAÑOLA

Proyección de **Morte a Venezia**, de Luchino Visconti.

9, 13 de diciembre de 2014.
Cine Doré.
Institución colaboradora:
Filmoteca Española.

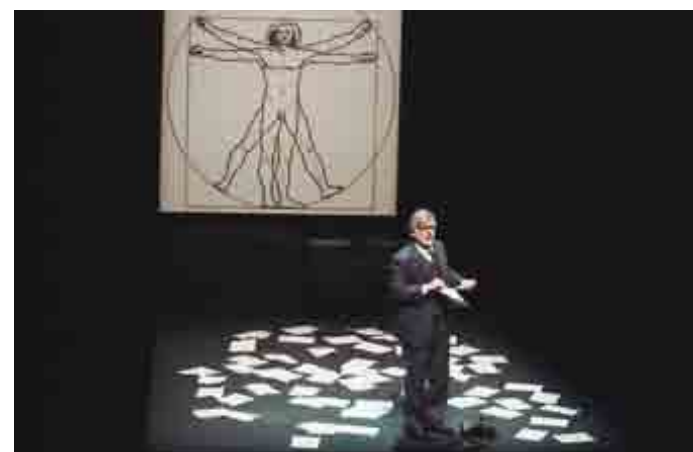
FUNDACIÓN JUAN MARCH

Ciclo de conciertos "**El universo musical de Thomas Mann**".

26 de noviembre, 3 y 10 de diciembre de 2014.
(Entrada libre).

Ciclo de conferencias "**Thomas Mann, su vida, su obra, su tiempo**".
Impartido por Rosa Sala Rose.

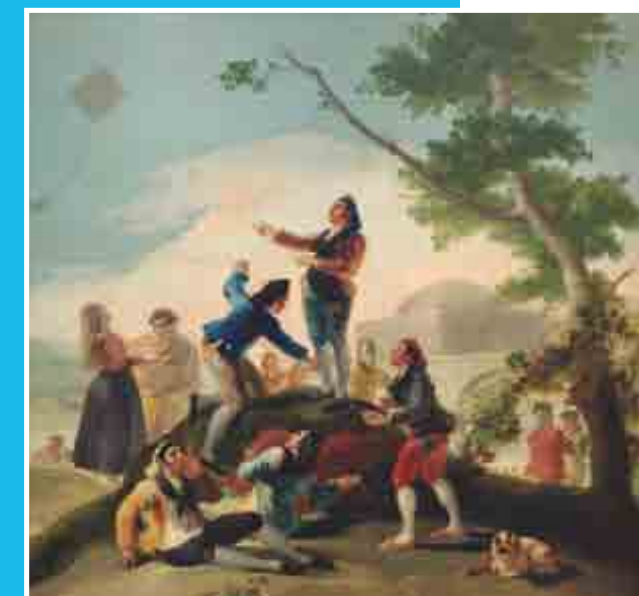
2 y 4 de diciembre de 2014.
19.30 horas. (Entrada libre)
Institución colaboradora:
Fundación Juan March



MUSEO DEL PRADO: GOYA EN MADRID

A partir del mes de noviembre, y hasta el 3 de mayo del próximo año, el Museo del Prado presentará en sus salas de exposiciones temporales un diálogo nuevo y sugestivo entre los cartones de Goya y las obras de otros artistas, contemporáneos y del pasado, para revelar sus conexiones con la tradición, su inspiración en el mundo clásico y sus variadas fuentes contemporáneas.

Comisariada por Manuela Mena, esta muestra pondrá de manifiesto cómo los cartones de tapices son fundamentales para profundizar en el conocimiento del artista, para establecer la técnica específica de Goya, sus recursos variados y únicos y la especial configuración de sus modelos, todo lo cual constituye el germen de sus creaciones posteriores, en pinturas de gabinete, dibujos y series de estampas •



IMÁGENES CEDIDAS POR EL MUSEO DEL PRADO



[LOS PRÓXIMOS DÍAS 23 Y 24 DE ENERO]

Luis Mampel presenta "Estética Controlada"

Este curso, de gran carga práctica, conseguirá que los asistentes controlen al más mínimo detalle la estética en sus restauraciones usando la cerámica IPS e.max Ceram, la cerámica de estratificación altamente estética para el sistema IPS e.max.

Realizarán coronas tanto a cocción intermedia como a volumen total con maquillaje de superficie.

La próxima edición de este curso se realizará en Madrid en las instalaciones de Dental Everest los días 23 y 24 de Enero •

[30 DE ENERO. BILBAO]

Mozo-Grau desarrollará en Bilbao las IV Jornadas de Actualización en Implantología

Tras el éxito de su VIII Congreso de Actualización en Implantología, Mozo-Grau ya prepara sus próximas Jornadas de "Actualización en Implantología". La cuarta edición de esta cita se desarrollará el día 30 de enero de 2015, en el Auditorio Mitxelena de la Universidad del País Vasco (Bilbao).

Esta edición contará con un elenco de ponentes de lujo entre los que se encuentran los siguientes profesionales: Dr. Arturo Sánchez Pérez; Dr. Carlos Larrucea Verdugo (Chile); Dr. David Esteve Colomina; Dr. Eduardo Estefanía Cundín; Dr. Fernando Rojas

Vizcaya; Dr. Ion Zabalegui Andonegui; Dr. José Manuel Aguirre Urizar; Dr. Juan Carlos de Vicente Rodríguez; Dr. Marco Esposito (Italia); Dr. Miguel Peñarrocha Diago; Dr. Pablo Domínguez Cardoso; Dr. Pablo Galindo Moreno y Dr. José Luis Cebrián Carretero. Además de los encargados de impartir el programa especial para protésicos: Sr. Javier Ortolá Dinnbier; Sr. Javier Valladares Relaño y Sr. Luis Miguel Vera Fernández.

Por otro lado, también dentro de este programa, se ha organizado un curso paralelo de marketing para clínica •

[UNIVERSIDAD DE LLEIDA]

El Máster de Implantología y Cirugía Oral de la Universidad de Lleida alcanza su madurez

El pasado 3 de noviembre inició su andadura una nueva edición del Máster de Implantología y Cirugía Oral de la Universidad de Lleida. La inauguración de las actividades de posgrado corrió a cargo del Dr. Antonio Mesalles, coordinador de los Masters.

La novedad de la edición de este año es la ampliación a dos semanas de la estancia de los alumnos en la Facultad de Estomatología de Santa Clara (Cuba),

en las que pondrán en práctica sobre pacientes las distintas técnicas aprendidas a lo largo del programa teórico.

En la foto, el grupo de alumnos mientras realizan distintas incisiones, técnicas de sutura, elevaciones de seno y colocación de implantes, en cabeza de cerdo, bajo la dirección de los Doctores López del Moral y Mesalles •



presente y pasado se unen para mostrar algo nuevo

Línea 

Línea 

MOZGRAU
IMPLANTES DENTALES

[BOTISS BIOMATERIALS Y KLOCKNER]

II Edición del Bone Tissue Days

BOTISS Biomaterials, empresa nº2 mundial en biomateriales del sector dental, organiza por todo el mundo eventos sobre temas de actualidad en regeneración ósea y tisular, los Bone and Tissue Days.

KLOCKNER, distribuidor en exclusiva de BOTISS Biomaterials en España y Portugal, organizó la segunda edición en España el pasado 25 de octubre, en el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid, evento en el que participaron más de 400 personas.

El Dr. Pedro J. Lázaro, del Comité Científico de Klockner Implant System, dio la bienvenida y moderó las conferencias del Gran Anfiteatro. El programa de la sala principal fue abierto por el Dr. Drazen Tadic, y le siguió la conferencia del Dr. Adrian Kasaj. Posteriormente, hicieron sus intervenciones el Dr. Borja Dehesa, y el Dr. Fernando Rojas-Vizcaya.

Tras la pausa del almuerzo, el Dr. Manuel M^a Romero, miembro del Comité Científico de Klockner Implant System, abrió las conferencias de la tarde haciendo una revisión crítica de los distintos factores implicados en los implantes inmediatos post-extracción. Cerró el programa Dr. Stavros Pelekanos.

Paralelamente a las conferencias tuvieron lugar dos talleres teórico-práctico, uno durante la mañana, dirigido por los Dres. Oliver Blume y Michael Back, *Modern concepts for hard and soft tissue regeneration*, donde se realizaron prácticas sobre cabeza de animal. Y durante la tarde el Dr. Fernando Rojas-Vizcaya realizó la parte práctica de su exposición en la sala plenaria, "Manejo del hueso cicatrizado y del alvéolo post-extracción para obtener la regla biológica 3A-2B. Integrando la prostodoncia con la cirugía". Ambos talleres suscitaron gran interés entre los asistentes, permitiendo tener un contacto más directo con los ponentes y sus técnicas.

Éste ha sido el 2nd Bone & Tissue Day, un evento que se concibió para ser un referente en el área de las técnicas de regeneración ósea y tisular en España, y que tras este nuevo éxito será una jornada que marcará anualmente las agendas de los profesionales clínicos, siendo un punto de encuentro ideal para compartir ciencia y ocio con la familia KLOCKNER – BOTISS Biomaterials •

[EN LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA]

Inauguración de la IX Edición del Máster en Odontología Familiar y Comunitaria

El día 3 de noviembre se inició la IX Edición del Máster en Odontología Familiar y Comunitaria de la Universidad de Sevilla.

Este programa basado en la filosofía de "General Practice Residence" se desarrolla desde el año 2006, formando al alumnado en odontología integral, odontología hospitalaria y odontología en atención primaria de salud.

El alumnado de esta edición proviene de la Universidad de Sevilla, Universi-

dad Complutense de Madrid, Universidad de Granada, Universidad del País Vasco y Universidad Alfonso X El Sabio. La primera sesión presencial teórica contó con la participación del Profesor Pedro Infante Cossío, docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla y una de las máximas figuras de la Cirugía Oral y Maxilofacial española •



“ Pensaba que reducir en más de un 50% la factura de laboratorio podía influir en la calidad del producto, me equivocaba ”

Dra. Sara Peña Ureña
Lic. En Odontología y Máster de Prótesis por la Universidad Internacional de Cataluña

Mi compromiso como odontóloga especialista en prótesis es ofrecer a mis pacientes **tratamientos de la más alta calidad** con los que garantizar un resultado profesional excelente que perdure en el tiempo; soy consciente que una parte importante de ese compromiso de calidad me lo aporta mi laboratorio de prótesis.

Sin embargo, y como todos sabemos, la calidad tiene un precio y en la coyuntura actual, muchos pacientes han tenido que renunciar a sus tratamientos bucales por falta de dinero.

Gracias a las indicaciones de nuestro colega el Dr. Filpo Valentim he descubierto **Dental Lab**, mi nuevo laboratorio de prótesis dental. Un equipo de profesionales altamente preparados que además de ofrecer la excelencia en calidad y servicio, me han permitido reducir mi factura de Laboratorio en más de un 50%.

¿Cuál ha sido la mejor recompensa?, poder acercar a mis pacientes los tratamientos que necesitaban a precios competitivos sin erosionar mis márgenes. Todo un descubrimiento para la salud de mis pacientes y mi negocio.

Os recomiendo que los conozcáis para entender que *hay otra forma de hacer las cosas*.

DENTAL Lab
FRANCIA - ESPAÑA - PORTUGAL
cmd@cmdserveis.net



NORMON
DENTAL



Normoimplant system

en buenas manos



Soluciones simples para un mundo complicado.

◆ Versatilidad

◆ Variedad

◆ Eficacia



Implantes

Normoimplant HE
Normoimplant HI

Instrumental



Prótesis

