

Montserrat Márquez

“*El relevo generacional es necesario en los altos cargos de Colegios e Instituciones*”



1er Certamen Fotográfico ODH/FDM



IX Edición del FDM

Del 7 al 9 de mayo
en Barcelona

José Nart

Presidente del Comité
Organizador SEPA BCN '15

Premios y patrocinadores del

1^{er} Certamen Fotográfico

de Odontología Social ODH/FDM

Premios

1º - Material por importe de	3.000€ DVD
2º - Material por importe de	2.000€ Mis Ibérica
3º - Material por importe de	1.500€ Dentsply
4º - Material por importe de	1.200€ Sunstar Iberia GUM
5º - Material por importe de	800€ Dental Lab
6º - Material por importe de	600€ FinCliniks
7º - Material por importe de	500€ Laboratorios Normon
8º - Material por importe de	400€ ADIN Ibérica
9º - Material por importe de	400€ Suministros Dentales Antón
10º - Material por importe de	300€ Fotolandia

Patrocinadores



6	Opinión	
10	Actualidad	
10	NOTICIAS	2º Simposio VALORES SEPES · Luis Cáceres continúa al frente de los dentistas andaluces · AMA acoge la Asamblea Anual de Europa Médica
24	REPORTAJE	
38	EMPRESAS	
42	Entrevista	
42	MONTSERRAT MÁRQUEZ	Vicepresidenta de la Junta Provincial de Tarragona
46	JOSÉ NART	Presidente del Comité Organizador SEPA BCN '15
50	Ciencia y salud	
50	La leucoplasia como lesión precancerosa	
54	Agenesia de incisivos laterales	
58	Reconstrucción directa de composite	
62	Mejora tu gestión	
62	Las reglas fiscales de la retribución en las sociedades profesionales	Javier Relinque, Abogado.
64	Cómo convencer al paciente	Daniel Izquierdo Hänni
66	Cómo mantener a tu equipo motivado y productivo en tu clínica	Ros Megías
70	Ocio y deporte	
70	DESTINOS: Basilea	
74	DESTINOS: Miravet y Peñíscola	
76	Agenda cultural	Fundació Joan Miró Los Templarios, guerreros de Dios
78	Formación	



ODONTÓLOGOS DE HOY

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:

Oklök
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 Bucofacial 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.

José María Clemente Sala. Médico Odontólogo. Barcelona.

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.

José Luis Gutiérrez Pérez. Jefe de Servicio y Director de la Unidad de Gestión de Cirugía Oral y Maxilo Facial de los Hospitales Universitarios de Sevilla y Huelva. Profesor Titular Vinculado de la Universidad de Sevilla.

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 U. C. M. Madrid.

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

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

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

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

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

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

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

Carlos Perezagua Clamagrand. 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 Dfo. 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 Río 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.

© Publicaciones Siglo XXI, S.L.

C/ Mártires Concepcionistas 7, 5° Izq.
28006 Madrid.

Tel: 911 93 59 59

D.L.: M-648-2013

ISSN: 2255-582X



32. SEPA BCN '15 congregó a un numeroso grupo de profesionales.



24. IV Edición de las Jornadas de Actualización en Implantología de Mozo-Grau.



28. Celebraciones de Santa Apolonia en los Colegios Profesionales.

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



EDITOR

Caso Banco Madrid y Previsión Sanitaria Nacional

La intervención de Banco Madrid, entidad donde Previsión Sanitaria Nacional mantenía importantes depósitos, no cuantificados hasta ahora por sus responsables, ha generado la imposibilidad de rescatar los ahorros por los mutualistas que así lo hayan decidido.

Como consecuencia de la intervención de Banco Madrid por el Banco de España, los depósitos del banco están bloqueados desde el pasado día 16 de marzo, cuando los nuevos administradores nombrados por el Banco de España solicitaron concurso de acreedores tras la fuga de depósitos de los días anteriores.

La desconfianza de los clientes causó una fuga de depósitos entre el 10 y el 13 de marzo de 124 millones de euros, a los que se unían otros 52,3 millones de órdenes pendientes de ejecución y el “riesgo” de que gestoras de fondos pudieran cursar otras por un importe cercano a 150 millones.

Mientras, ante las acusaciones por blanqueo de capitales, el Ministerio Público continúa con el análisis y volcado de toda la documentación que se incautó en la sede de Banco de Madrid y de la que agentes de la UDEF recabaron en la de BPA, y de la que no descartan afluencia de otros delitos contra la Hacienda Pública e incluso de cohecho internacional.

Banco Madrid tiene unos 14.000 clientes propios, y hasta 80.000 que trabajaban con las gestoras de fondos que adquirió recientemente a los bancos Liberbank y BMN. Esto supone que las gestoras de inversión colectiva mueven unos 4.000 millones, incluyendo los más de 800 millones de las SICAV (sociedades de gestión de pa-

trimonios con ventajas fiscales). De estos, solo se verían afectados por la intervención unos 1.500 millones, que son los depositados en Banco Madrid, mientras que la mayoría de los fondos de Liberbank y BMN escapan del bloqueo, al estar depositados en Cecabank u otras entidades, aunque los gestione Banco Madrid.

Los mutualistas de Previsión Sanitaria Nacional en este momento se encuentran con que no pueden disponer de los fondos que tiene allí depositados la Mutua. La información transmitida por PSN, lejos de tranquilizar a sus mutualistas en muchos casos ha aumentado su preocupación, por la parquedad de las informaciones facilitadas desde la propia Mutua. Tampoco ha informado PSN de los fondos propios que en su caso podrían verse afectados por la liquidación del banco y que podrían afectar a su solvencia.

Los fondos en los que el Banco de Madrid fuera solo depositario son los que en principio estarían fuera de peligro, ya que los activos en los que invierten se encuentran depositados fuera del balance del banco y no se verían afectados por la situación concursal. Entre estos fondos fuera de peligro estarían los Fondos de Pensiones de PSN, aunque queda la duda para otros productos de seguro en los que da la garantía el que los emite y en los que podrían estar los Unit Linked.

Lo cierto es que hasta el momento todas las manifestaciones emitidas desde organismos oficiales han quedado supeditadas a la comprobación de toda la situación.

Es probable que la solvencia de la Mutua no sea la razón que más inquiete a los mutualistas sino la de su Presidente, Miguel Carrero López, que arrastra sobre sí

“
Los mutualistas de Previsión Sanitaria Nacional, que no saben cómo recuperar sus ahorros, pueden ponerse en contacto con la plataforma para los afectados creada por el Bufete De Lorenzo Abogados
”

resoluciones judiciales y administrativas poco edificantes, y ahora admite no ser recibido por los responsables del Banco de España o la Comisión Nacional del Mercado de Valores.

No deja de ser sospechosa la insistencia de Carrero en ser él mismo (PSN), el único defensor de los mutualistas, en un problema que se enmarca en sus, cuanto menos extrañas, y ahora demostradas, desacertadas

decisiones a la hora de manejar el dinero puesto bajo su administración. Su indisimulado rechazo a la creación de plataformas para defender los derechos de los mutualistas no hacen otra cosa que aumentar las dudas sobre la capacidad y transparencia de su gestión. El derecho de defensa solo puede molestar a quien no desea justicia o tiene algo que esconder ●

PLATAFORMA PARA LA DEFENSA DE LOS INTERESES DE LOS AFECTADOS

En este contexto el Bufete De Lorenzo Abogados ha puesto en marcha una plataforma para los afectados por la situación de Banco Madrid y Previsión Sanitaria Nacional (PSN).

A preguntas de los medios del motivo de poner en marcha esta plataforma, Ricardo de Lorenzo manifestó:

“Los mutualistas y partícipes de Previsión Sanitaria Nacional (PSN), son Profesionales Sanitarios y muchos de ellos han sido o son clientes de nuestra Firma, lo que conlleva en su relación con nuestro Despacho opinión y asesoramiento sobre la intervención de la entidad Banco de Madrid y la solicitud de concurso de acreedores posterior.

En estos momentos, se encuentran en una situación de incertidumbre, sin gran información, atrapados en sus peticiones de reembolso, e inversiones, lo que son razones suficientes para que DE LORENZO ABOGADOS, <http://www.delorenzoabogados.es/> haya designado a miembros de su Bufete, en colaboración con otros Bufetes de su red, para poder dar cobertura nacional, a sus clientes profesionales sanitarios, mutualistas y partícipes de PSN, y así organizar y coordinar las posibles acciones de salvaguarda de sus intereses. Se ha habilitado un correo electrónico al efecto que es: afectadospsn@delorenzoabogados.es.

Lo que está pasando con este escándalo de Banco de Madrid no tiene nombre. No tiene nombre porque se están tomando decisiones con una enorme trascendencia para miles de clientes y ahorradores, y en este caso de profesionales sanitarios con los ahorros de toda una vida, sin las más mínimas dosis de transparencia y explicaciones. Una transparencia, creo, imprescindible para poder aceptar que lo que está pasando es lo correcto” ●





Carta abierta de Roger Mitjana, Director del Fórum Dental del Mediterráneo

Apreciados lectores:

Como director del noveno Fórum Dental, que tendrá lugar del 7 al 9 de mayo de 2015 en el recinto de Gran Via de Fira de Barcelona, me dirijo a todos los lectores de Odontólogos de Hoy para invitarles a participar en este evento que reunirá a los mejores expertos del sector a nivel nacional e internacional, y que dará a conocer los últimos tratamientos y avances tecnológicos en el campo de la odontología.

Como ustedes saben, se trata de la segunda edición organizada por Fira de Barcelona, y desde nuestra institución estamos trabajando en estrecha colaboración con los principales agentes del sector para consolidarlo como uno de los eventos de referencia de conocimiento e innovación del sector bucodental de nuestro país.

Para ello, el Fórum Dental volverá a contar con la presencia de todos los segmentos relacionados con el cuidado bucodental en su vertiente comercial y con un amplio programa científico que esperamos sea del interés de los profesionales del sector.

En este sentido, además de la amplia oferta comercial que se exhibirá en el Fórum Dental con la participación de más de 150 empresas, contaremos con una nueva edición del European Dental Congress, donde se abordarán las cuestiones de actualidad que más preocupan a odontólogos, protésicos dentales, higienistas y logopedas.

En este sentido, y gracias a la colaboración de los colegios que reúnen a estos profesionales, ofrecemos un panel de ponentes de altísimo nivel que tratarán aspectos como el marketing dental, con la participación del profesor de Dirección de Marketing de ESADE, Carles Torrecilla, o la del Doctor brasileño especializado en es-



tética dental, Sidney Kina, uno de los más afamados odontólogos del mundo, entre otros.

Además, en la edición de este año, el Fórum Dental presenta varias novedades. Hemos aumentado las categorías y la cuantía económica de los Premios Científicos, por lo que cualquier dentista podrá presentarse a ellos; para complementar el aspecto teórico, los asistentes al congreso podrán participar, dentro de la zona expositiva, en talleres prácticos de carácter gratuito; organizamos un Concurso de Fotografía Solidaria y acogeremos una reunión del Consejo Interterritorial de los Colegios de Odontólogos de España.

Todo ello da forma a una nueva edición de un Fórum Dental que creemos sumamente interesante, por lo que nos gustaría contar con su asistencia. Del 7 al 9 de mayo, les esperamos en el pabellón 1 del recinto de Gran Via de Fira de Barcelona.

Cordialmente,
Roger Mitjana, Director del Fórum Dental •

1^{er} Certamen Fotográfico

de Odontología Social ODH/FDM

Publicaciones Siglo XXI, editora de las revistas **“Odontólogos de hoy”** e **“Higienistas de hoy”**; en colaboración con Fira de Barcelona (Salón FDM) convoca el **I Certamen Fotográfico de Odontología Social ODH/FDM**.

El fin de este concurso es dar a conocer las múltiples actividades sociales en las que participan los profesionales de la salud y fomentar la colaboración de personas e instituciones en estas labores.

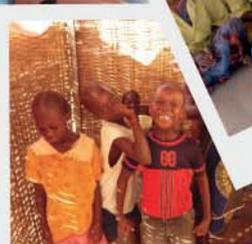
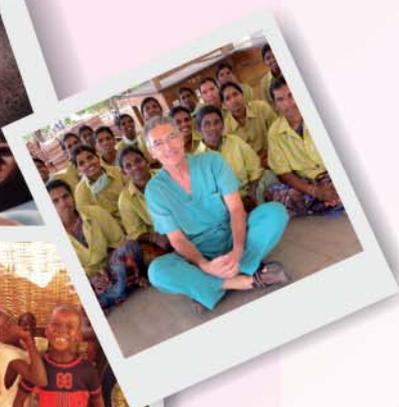
Podrán participar personas físicas, aficionadas o profesionales de la fotografía, mayores de edad.

Deberá estar centrado en el ámbito de las actividades de salud no gubernamentales, dirigidas a poblaciones sin recursos. Las fotografías no pueden haber sido presentadas ni premiadas en otro concurso y deben ser originales e inéditas.

Las bases del concurso y todas sus normas se encuentran publicadas en la web www.odontologosdehoy.com

ODONTÓLOGOS
de hoy

FDM FORUM
DENTAL
Internacional



[30 Y 31 DE ENERO]

2º Simposio VALORES SEPES: Aforo completo en el Aula Magna de la UIC en Barcelona



La segunda edición del Simposio Valores SEPES reunió en Barcelona los días 30 y 31 de enero a todos aquellos que quisieron ponerse al día en tratamientos restauradores estéticos desde una amplia diversidad de enfoques.

Conservación de tejidos, oclusión, cirugía, diseño digital y adhesión son algunos de los temas que se abordaron en este simposio. También hubo espacio para el tema de la roncopatía y sus tratamientos.

Los doctores Marta Revilla, Antonio Sáiz-Pardo, Marina García, Carlos Oteo, Juan Zufía, Victoria Sánchez, Bruno Pereira, Vicente Faus y José Espoña fueron los 9 valores SEPES que hicieron que el 2º Simposio con este formato celebrado por SEPES fuera todo un éxito.

El ponente invitado fue el suizo Didier Dietschi, referente en tratamientos rehabilitadores del sector anterior basados en la técnica de la adhesión directa sin tallado.

Los doctores Marta Serrat y Jorge Alonso fueron los coordinadores de este Simposio. La presencia comercial fue muy destacada con la participación de sponsors de SEPES como BTI, Biomet 3i, Dentsply Implants, Quintessence y Nobel, y otras casas comerciales como Medident •





Una prótesis sobre
implantes tan
estética como sobre
dientes naturales.
Es posible.



Prama es el implante nacido de los principios de la **técnica B.O.P.T.** para simplificar también la implantoprótesis. La libertad de elección entre **morfología endo-ósea cilíndrica** o **cónica** y dos diferentes tratamientos de superficie hacen que la colocación quirúrgica sea sencilla y segura. El perfil de emergencia con **geometría hiperbólica** permite una verdadera continuidad entre el implante y el pilar; el **tratamiento anódico** permite un perfecto mimetismo con los tejidos blandos.

Prama es el implante para lograr la excelencia protésica.

Dr. Ignazio Loi

sweden-martina.com


sweden & martina
I M P L A N T O L O G Y

[29 DE ENERO]

Convención Nacional de Ventas de Henry Schein España

El pasado 29 de enero más de 200 miembros del sector de la odontología en España acudieron en Madrid a la reunión nacional de ventas de Henry Schein España, proveedor de productos y servicios para clínicas dentales y laboratorios. La empresa informó a los participantes sobre los progresos y los cambios que se darán en el futuro gracias a la digitalización dentro del mercado odontológico global.

La reunión de dos días comenzó con la ceremonia de apertura del jueves por la mañana presidida por Juan M. Molina, Director General de Henry Schein España, quien inauguró el evento con un discurso en el que explicó el éxito logrado durante 2014 y subrayó los objetivos estratégicos para el presente año. También comentó los apasionantes retos a los que se enfrentará Henry Schein con respecto a la digitalización. Posteriormente, el Presidente del consejo y CEO de Henry Schein, Inc., Stanley M. Bergman, subrayó la importancia de la colaboración de los equipos de Schein con los clientes, los socios del sector y la sociedad.

Los elementos clave del acto fueron la formación en grupo y las sesiones de trabajo intensivas. A los miembros del equipo de Henry Schein se les facilitó información específica sobre los últimos productos y servicios de los fabricantes.

«Como proveedor de servicios integrales, el desarrollo continuo de nuestros equipos y nuestros servicios es un factor esencial», subraya Juan M. Molina. «La digitalización está cobrando importancia en el mercado odontológico español. Henry Schein está deseando iniciar estos cambios y gracias, sobre todo, a ConnectDental, estamos bien preparados en este aspecto».

ConnectDental provee soluciones integrales de la empresa y se centra en la digitalización de la odontolo-



gía y el flujo de trabajo digital entre la consulta y el laboratorio e incluye diversos componentes, como una amplia gama de productos, software, asesoramiento integral y formación continua para los profesionales de la consulta y el laboratorio, además de otros servicios •

HENRY SCHEIN®





OsteoBiol® Derma

by Tecnos

Injerto heterólogo para aumento de tejidos blandos

Cortesía del Dr. Magda Mensi



Recesión Clase I de Miller Colgado de espesor parcial Derma injertada Colgado avanzado coronal Después de 4 semanas

1 | Fickl S, Nannmark U, Schlagenhaut U, Hürzeler M, Kepschull M. Porcine dermal matrix in the treatment of dehiscence-type defects - an experimental split-mouth animal trial. *Clinical Oral Implants Research*, 2014 Feb 19. Epub ahead of print

2 | Fickl S, Jockel-Schneider Y, Lincke T, Bechtold M, Fischer KR, Schlagenhaut U. Porcine dermal matrix for covering of recession type defects: A case series. *Quintessence International*, 2013;44(3):243-6

- 100% Dermis porcina.
- Estabilización perfecta.
- Fuerte acción de barrera.
- Mejora de los tejidos blandos.
- Alternativa al injerto de tejido conectivo.

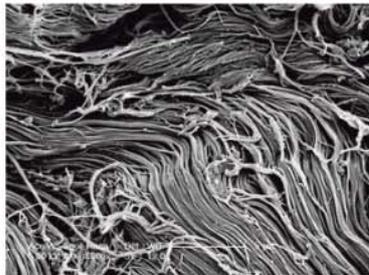
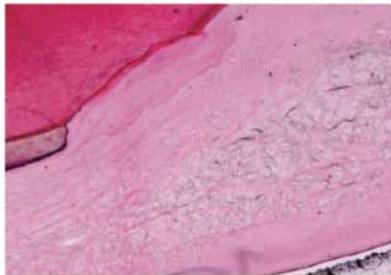


Imagen SEM de las fibras de colágeno Derma. Cortesía del Dr. Kai R. Fischer. Departamento de Periodoncia. Universidad Witten/Herdecke, Alemania



Biopsia mucosal/gingival después de 4 meses. No hay signos de inflamación y es obvio que el espesor se mantiene como se había previsto. Htx-eosine staining. Orig mag x20. Cortesía de Ulf Nannmark y Stefan Fickl.



ED25FS | 1 Derma FINA | 25 x 25 x (0,8-1) mm | 105 € ED03SS | 1 Derma STD | 30 x 30 x (2) mm | 100 € ED75SS | 1 Derma STD | 7 x 5 x (2) mm | 75 €

ED05FS | 1 Derma FINA | 50 x 50 x (1) mm | 210 € ED05SS | 1 Derma STD | 50 x 50 x (2) mm | 210 € ED15SS | 1 Derma STD | 15 x 5 x (2) mm | 75 €



PRODUCTOS PARA IMPLANTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL
info@osteogenos.com | www.osteogenos.com | www.osteobiol.com
 Teléfono 902 01 34 33 - 91 413 37 14 Fax 91 652 83 80

Envío 24 h gratuito* en la Península, Baleares, Ceuta, Melilla consultar. Posibilidad de entrega en menos de 24h bajo suplemento. *En pedidos superiores a 100 € antes de IVA. En pedidos inferiores: 7€ + IVA de portes. Osteógenos no se hace responsable de posibles roturas de stock por parte del fabricante, no daría lugar a indemnización alguna en caso de no poder cumplir con el plazo de entrega.

[EN BARCELONA]

El Máster de Periodoncia de la UIC celebra su primer encuentro Alumni

A finales del mes de febrero, con motivo del Congreso de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) celebrado en el Palau de Congressos de Catalunya, la Facultad de Odontología de la UIC celebró el primer encuentro Alumni del Máster de Periodoncia.

Más de 80 antiguos alumnos del Máster de Periodoncia de todas las promociones, así como profesores, aprovecharon el Congreso SEPA para llevar a cabo el primer encuentro Alumni de esta titulación.

En el acto estuvieron presentes algunos de los miembros de la Junta de Gobierno de la Facultad de Odontología, entre ellos, el Dr. Lluís Giner, el Sr. Joan Vidal, la Dra. Montse Mercadé y la Dra. Sandra Fernández. Además, hubo breves intervenciones por parte de la Dra. Mónica Vicario, profesora del Departamento, del Dr. Lluís



Giner y el Dr. Antoni Santos, antiguos jefes del área de Periodoncia.

Finalmente también pronunció un discurso el Dr. José Nart, actual jefe del área de Periodoncia y presidente del Congreso SEPA 2015 •



[CONGRESO SEMO]

XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Oral

El Doctor Angel Martínez-Sahuquillo Márquez, Presidente del Comité Organizador del XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Oral, presenta la próxima edición que se va a celebrar conjuntamente con la XIII Reunión de la Academia Iberoamericana de Patología y Medicina Bucal, en la ciudad de Sevilla del 28 al 30 de Mayo de 2015.

El programa científico abordará una revisión de la patología y medicina bucal, actualizando entre otros temas el diagnóstico y tratamiento del dolor orofacial crónico, el pre-

cáncer y cáncer oral, la patología de los maxilares y el papel de la Medicina Bucal en la Práctica Odontológica. Su carácter internacional y la participación de dictantes de reconocido prestigio, de uno y otro lado del Atlántico, aseguran un alto nivel científico del Congreso •

Más información en <http://www.congresosemo.com/>





**PLAZO DE
INSCRIPCIÓN
HASTA EL
30 DE ABRIL**

MÁSTERES PRESENCIALES

MÁSTER UNIVERSITARIO EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA ESTÉTICA
MÁSTER EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA DENTOFACIAL
MÁSTER INTERNACIONAL EN CIRUGÍA ORAL
MÁSTER EN PERIODONCIA
MÁSTER EUROPEO EN ENDODONCIA
MÁSTER EN ODONTOPEDIATRÍA INTEGRAL

MÁSTERES ONLINE

MÁSTER EN ENDODONCIA ONLINE
MÁSTER EN ESTÉTICA DENTAL ONLINE
MÁSTER EN INVESTIGACIÓN EN ODONTOLOGÍA ONLINE
MÁSTER EN ODONTOPEDIATRÍA INTEGRAL ONLINE

POSTGRADOS

RESIDENCIA CLÍNICA EN PERIODONCIA
RESIDENCIA CLÍNICA EN PRÓTESIS BUCAL
RESIDENCIA CLÍNICA EN IMPLANTOLOGÍA ORAL
RESIDENCIA CLÍNICA EN TÉCNICAS QUIRÚRGICAS APLICADAS A LA CAVIDAD ORAL
RESIDENCIA CLÍNICA EN ODONTOPEDIATRÍA
RESIDENCIA CLÍNICA EN GERODONTOLOGÍA, PACIENTES ESPECIALES Y CON COMPROMISO MÉDICO
DIPLOMATURA DE POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN PRIMARIA
POSTGRADO EN CREACIÓN Y GESTIÓN DE LA CLÍNICA DENTAL

¡NO TE QUEDES SIN PLAZA!

Infórmate sobre toda nuestra oferta educativa en: www.uic.es

INFORMACIÓN Y ADMISIONES
Sra. Patricia Pujol: infodonto@uic.es
www.uic.es

93 504 20 00

 **Universitat
Internacional
de Catalunya**

[20 ANIVERSARIO DEL RECONOCIDO PROGRAMA DE POSTGRADO]

El Máster de Odontología Estética de la UCM reivindica la especialidad



El pasado 14 de marzo tuvo lugar en la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) la celebración del 20 aniversario del Máster de Odontología Estética que dirige el profesor Carlos Oteo Calatayud. El acto sirvió para reunir a los profesores y alumnos que han contribuido durante los últimos 20 años al desarrollo de este posgrado universitario pionero en España, y para reivindicar la Odontología Estética como especialidad.

El decano de la Facultad de Odontología, José Carlos de la Macorra, abrió la jornada con unas palabras de bienvenida. A continuación, los doctores Antonio Sáiz-Pardo y Primitivo Roig, compartieron con profesores y antiguos alumnos del Máster su visión de la Odontología Estética.

Por su parte, el director del Máster, Carlos Oteo, hizo una breve reflexión y un recorrido por estos 20 años de experiencia académica. En su alocución, instó a los presentes a seguir formándose y a trabajar como un grupo: “hay que seguir reciclándose continuamente y compartir con otros especialistas vuestros casos clínicos”, dijo. En este sentido, resaltó “la magnífica oportunidad que os brinda el Grupo de Estudio de Odontología

Estética, del cual sois miembros por derecho, a través de sus cursos y sus grupos de trabajo”.

Asimismo, el director del Máster en Odontología Estética de UCM, llamó la atención sobre la necesidad de que sean los alumnos del Máster quienes lideren la reivindicación de la Odontología Estética como una especialidad dentro de la Odontología.

Ponencias

El experto en Odontología Estética Antonio Sáiz-Pardo, pronunció la conferencia “Pasión por la Odontología Estética”, incidiendo en los factores hay que tener en cuenta para alcanzar un resultado final estético en los tratamientos dentales, tanto en dientes naturales como en implantes dentales. Sáiz-Pardo manifestó que “a día de hoy no sólo basta con tener una restauración protésica natural, con unas proporciones correctas y un color adecuado, sino que también hay que tener en cuenta el manejo y control de los tejidos duros y blandos que rodean al diente o al implante”.

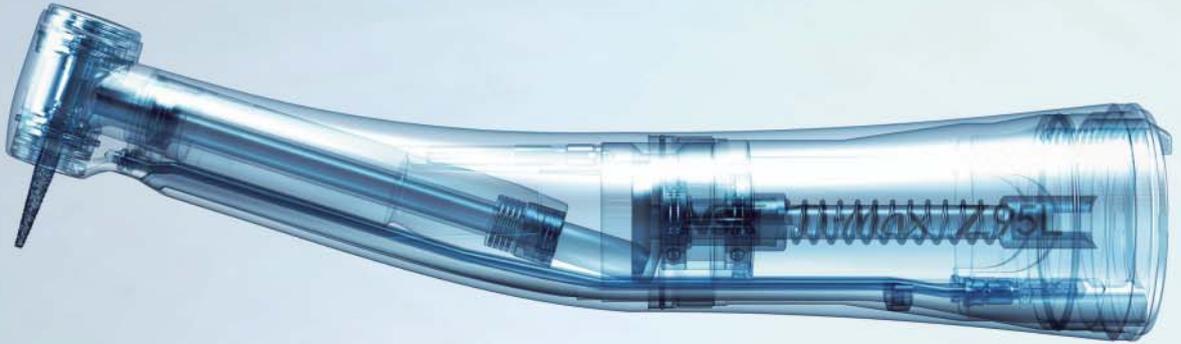
Primitivo Roig, director de Dental Doctors, centró su intervención en “La creación del valor en Odontología Estética”. En este sentido, el Dr. Roig hizo hincapié en que “hoy, contar con

la tecnología más avanzada, con unas instalaciones modernas o con una formación clínica excelente, no es suficiente. Se impone la necesidad de incorporar habilidades, distintas a las técnicas y clínicas, que nos ayuden a captar la atención de más pacientes, convencerles de nuestros consejos y motivarles a elegir una odontología de excelencia”.

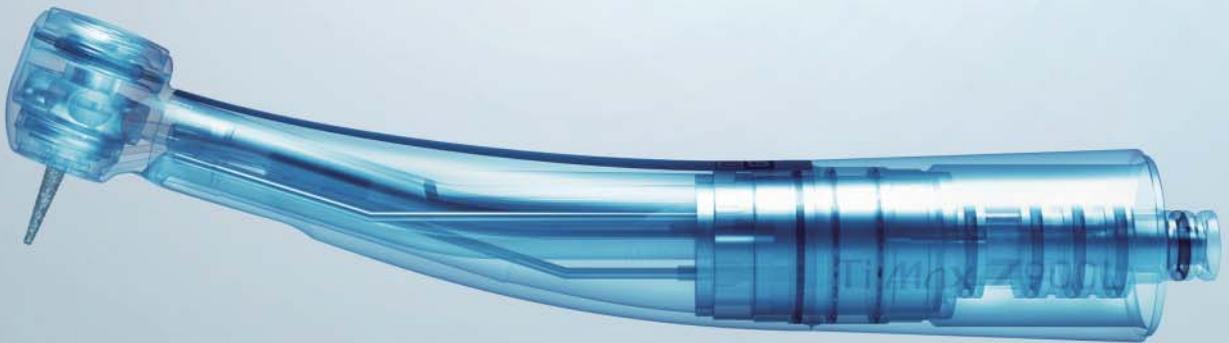
Sobre el Máster de Odontología Estética

El Máster de Odontología Estética de la UCM comenzó su andadura en el año 1994 con un grupo de ocho estudiantes y, a lo largo de las últimas dos décadas, ha visto pasar por sus aulas diez promociones de odontólogos, un total de 92 alumnos •





CREATE IT.



NSK Dental Spain SA www.nsk-spain.es

[CONSEJO ANDALUZ DE COLEGIOS OFICIALES DE DENTISTAS]

Luis Cáceres continúa al frente de los dentistas andaluces

El Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Dentistas ha renovado sus cargos para los próximos cuatro años. Al frente seguirá estando Luis Cáceres Márquez, quien ostenta este cargo desde que se constituyera el Consejo, en el año 1999.

Nacido en Hornachos (Badajoz) en 1953, el doctor Cáceres es también presidente del Colegio de Dentistas de Sevilla desde 1990, tras haber sido secretario y vocal de esta organización entre los años 1982 y 1990.

El acto contó con la presencia del Doctor Ángel Rodríguez Brioso, un histórico de la profesión que en el año 1987 ya estaba al frente de la Delegación de la Junta Provincial del Colegio de la 4ª Región y que, desde el año 1998, preside el Colegio de Dentistas de Cádiz •



A LA IZQUIERDA LUIS CÁCERES (PRESIDENTE DEL COLEGIO DE DENTISTAS DE SEVILLA), A SU LADO ÁNGEL RODRÍGUEZ BRIOSO, PRESIDENTE DEL COLEGIO DE DENTISTAS DE CÁDIZ.

[PREMIOS A LA SOLIDARIDAD Y DERECHOS HUMANOS 2015]

La Universidad Complutense premia la labor solidaria de Zerca y Lejos en Camerún

Alicia Masa y Julia Sánchez, coordinadoras del proyecto odontológico de Zerca y Lejos ONGD, recogieron el pasado 19 de febrero el Premio Joven a la Solidaridad y Derechos Humanos 2015.

La Universidad Complutense ha reconocido la importantísima labor realizada por Alicia y Julia, dos valientes mujeres que desde el año 2009 luchan en defensa de los colectivos más desfavorecidos de Camerún.

El proyecto de Salud Oral de Zerca y Lejos centra hoy en día sus esfuer-

zos en dar esperanzas a la población Pigmea, etnia minoritaria en el país, y completamente despojada de sus derechos. Por ello, en tiempos de crisis estos premios refuerzan la red de proyectos de la ONG repartidos por el país centroafricano.

El premio fue entregado por el rector de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), José Carrillo •



XIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

SECIB

BILBAO2015
29~31 OCTUBRE



Palacio de Congresos y de la Música
Euskalduna Jauregia Bilbao

"EXIGE CIENCIA,
EXIGE RESPUESTAS"

Secretaría Técnica - **Información**

MdV-Organización y Protocolo

Bruc, 28, 2º • 08010 Barcelona

Tel. 607 499 365

secibbilbao2015@emedeuve.com

www.secibbilbao2015.com



[ASAMBLEA ANUAL]

A.M.A. Seguros acoge la Asamblea Anual de Europa Médica



La sede central de A.M.A. Seguros albergó la Asamblea Anual de Europa Médica, asociación que engloba a las siete grandes aseguradoras europeas para profesionales sanitarios. Además de A.M.A., forman parte de esta asociación la mutua belga AMMA; las francesas AGMF y SHAM; la holandesa VvAA, la británica MDU y la española Mutua Médica. Agrupan, conjuntamente en toda Europa, a centenares de miles de profesionales del ámbito sanitario, y se dedican especialmente a dar cobertura en cuestiones de responsabilidad civil profesional.

En su discurso de bienvenida, Diego Murillo, presidente de A.M.A., defendió una dimensión europea para la Sanidad. Sugirió que los sistemas de aseguramiento del ejercicio sanitario de los distintos países europeos también formasen parte de los posibles sistemas de indicadores europeos de salud, como el que acaba de aprobar el pleno del Comité Económico y Social Europeo.

Participó también en la Asamblea el secretario de Estado de Sanidad y Consumo, Rubén Moreno, que elogió la labor de las mutuas: “Desempeñan funciones esenciales como la Responsabilidad Civil Profesional, o los seguros frente a agresiones y para establecimientos sanitarios, que respaldan el desempeño profesional y favorecen que el colectivo pueda ejercer con garantías y actuar de forma eficaz en su día a día”.

Agresiones a profesionales sanitarios

Clausuró la Asamblea Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial, que aplaudió a A.M.A. por su seguro de RCP, “con un valor añadido que no da nadie más, y es que también se preocupa por nuestra reputación, gracias a que está dirigida por profesionales sanitarios y eso les pro-



porciona una proximidad no mejorable. Además, se ajustan como un guante a nuestras necesidades, las de los Colegios, y comparten con ellos formación e investigación”.

Bartolomé Beltrán, miembro del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad, repasó los principales datos españoles sobre agresiones a profesionales sanitarios. Apuntó que certifican la trascendencia del problema, y la necesidad de encontrar medidas eficientes de concienciación social. Beltrán citó un estudio de la Organización Médica

Colegial, que cuantifica en 1.714 agresiones a profesionales sanitarios de 2010 a 2013, de las que 354 se produjeron ese último año.

Raquel Murillo, subdirectora general y directora del Ramo de Responsabilidad Civil profesional de A.M.A. Seguros, alertó del incremento del índice de agresividad sufrido por los profesionales, hasta el punto de que el 80% del personal sanitario español ha sufrido algún tipo de agresión verbal o física en su desempeño profesional •





DESCUBRA
UNA AMPLIA
**GAMA DE
SEGUROS**
PENSADOS PARA
EL COLECTIVO
SANITARIO

SU TRABAJO ES GENERAR CONFIANZA,
**el de A.M.A. Seguros
es que usted siempre
tenga en quien confiar**



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. MADRID

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

A.M.A. MADRID

Hilarión Eslava, 50 Tel. 910 50 57 01 hilarion@amaseguros.com

Síganos en



LA CONFIANZA ES MUTUAL

[CONSENSO EN LA DECISIÓN]

Aprobado el Consejo de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de Castilla y León

Las Cortes de Castilla y León cerraron la VIII Legislatura con la aprobación por unanimidad de la Ley por la que se ha creado el Consejo de Colegios Profesionales de Odontólogos y Estomatólogos de Castilla y León que agrupa a los colegios de León, Salamanca, Segovia y al Colegio de la VIII Región, que a su vez engloba a los de las provincias de Burgos, Palencia, Soria, Valladolid y Zamora. Queda fuera el de Ávila, ya que sus profesionales seguirán vinculados al Colegio de la I Región, circunstancia que han lamentado tanto los colegios como los representantes parlamentarios, que esperan una rectificación de la situación de los abulenses.

Se trata, además, de una Ley con un consenso "bueno, positivo y sensato" para la Comunidad, según manifestó el consejero de la Presidencia, José Antonio de Santiago-Juárez. En el mismo sentido se pronunció el procurador socialista Francisco Ramos, y el portavoz del Grupo Mixto, José María González, quienes reconocieron la importan-



cia de la colegiación de estos profesionales de la salud.

El Presidente de la Junta de Palencia Ángel Argüello manifestó su satisfacción por ver hecho realidad algo en lo que ha venido poniendo un especial empeño y dedicación.

Entre las funciones del nuevo Consejo destacarán la representación de la profesión en el ámbito de Castilla y León; la coordinación de la actuación y resolución de conflictos de los colegios; la colaboración con la Administración autonómica;

la contribución para que la actividad de los colegios y sus miembros esté al servicio de los intereses generales, y la garantía del respeto a los derechos de los castellanos y leoneses en el ejercicio de la profesión.

El Consejo de Colegios Profesionales de Odontólogos y Estomatólogos de Castilla y León es una corporación de Derecho público, con personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines •

[DEL 18 AL 20 DE JUNIO EN LA ISLA DE LA TOJA]

XV Congreso de la SEGER

Del 18 al 20 de junio se celebrará el XV Congreso de la Sociedad Española de Gerodontología en la isla de La Toja.

Este encuentro reunirá a prestigiosos profesionales en el campo de la patología oral médico-quirúrgica, terapéutica dental, periodoncia, prótesis estomatológica, etc., y a importantes personas del mundo de la Geriatria y la Gerontología.

Este Congreso va a suponer una gran oportunidad, tanto para estudiantes como odontólogos, de me-

jorar los conocimientos de la salud y manejo de la boca de los mayores.

El evento contará, además, con un atractivo programa social acorde con el marco incomparable de La Toja, que permite organizar diferentes actividades gastronómicas, lúdicas y deportivas.

El Comité Organizador, presidido por Andrés Blanco Carrión, se volcará en la organización del evento, para que todos los asistentes se lleven un gran recuerdo del mismo •



[EN HONOR A UN REFERENTE DE LA ODONTOLOGÍA ESPAÑOLA]

La calle "Florestán Aguilar y Rodríguez" en Cádiz

El Pleno del Ayuntamiento de Cádiz, en su sesión celebrada el pasado 23 de febrero de 2015, acordó por unanimidad asignar el nombre "Florestán Aguilar y Rodríguez" a una calle de la capital gaditana, como reconocimiento a la figura del insigne doctor, considerado como uno de los padres de la Odontología española.

La propuesta fue realizada por el Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz que solicitó a la Corporación Municipal el reconocimiento a la trayectoria personal y profesional del Dr. Florestán Aguilar y Rodríguez, una de las figuras más importantes de la historia de la Odontología de nuestro país, que consiguió crear en 1900 una Escuela de Odontología en la Facultad de Medicina de Madrid. El Doctor Aguilar también colaboró con la iniciativa del Rey Alfonso XIII de construir la Ciudad Universitaria de Moncloa.

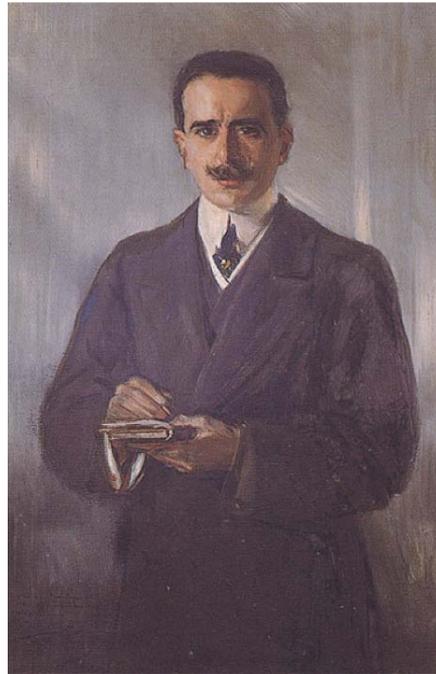
Dr. Florestán Aguilar y Rodríguez

Licenciado y Doctor en Medicina y Cirugía por la Facultad de Madrid. Cursó sus estudios de Odontología en Filadelfia, obteniendo el grado de Doctor en Cirugía dental y de Odontólogo y cirujano dentista.

Se estableció en Madrid como ayudante del odontólogo norteamericano Dr. Haylans, que prestaba sus servicios en la Casa Real. Atendió a la Casa Real española como odontólogo, así como a la familia real de Austria y Baviera.

Destacan sus cargos como presidente de la Federación Dental Internacional, tesorero de la Facultad de Medicina de Madrid, director de la Escuela de Odontología, miembro de la Junta del Patronato del Hospital Clínico, secretario del Instituto del Cáncer, o como académico numerario de la Real Academia de Medicina. Publicó también numerosos folletos y artículos en las principales revistas médicas españolas, francesas, inglesas, alemanas y americanas.

Por su vasta cultura, dominio de la especialidad, su lealtad, su carácter y total entrega a los enfermos, fue una de las figuras más sobresalientes de la Medicina española en su tiempo •



FLORESTÁN AGUILAR Y RODRIGUEZ (JOSÉ VILLEGAS),
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, MADRID

PATROCINADORES DEL
1^{ER} CERTAMEN FOTOGRÁFICO
DE ODONTOLOGÍA SOCIAL ODH/FDM

DVD

Developing Value in Dentistry

MIS[®]
IBERICA

SUNSTAR
G·U·M
HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®

DENTSPLY

DENTAL
Lab

FINCLINIKS
FINANCIACIÓN CLÍNICA

NORMON
DENTAL

ADIN
ADIN IBÉRICA - DENTAL IMPLANT SYSTEMS

antón
suministros
dentales
Sencillamente
todo lo que necesites

FOTOLANDIA
dental

IV Edición de las Jornadas de Actualización en Implantología Mozo-Grau

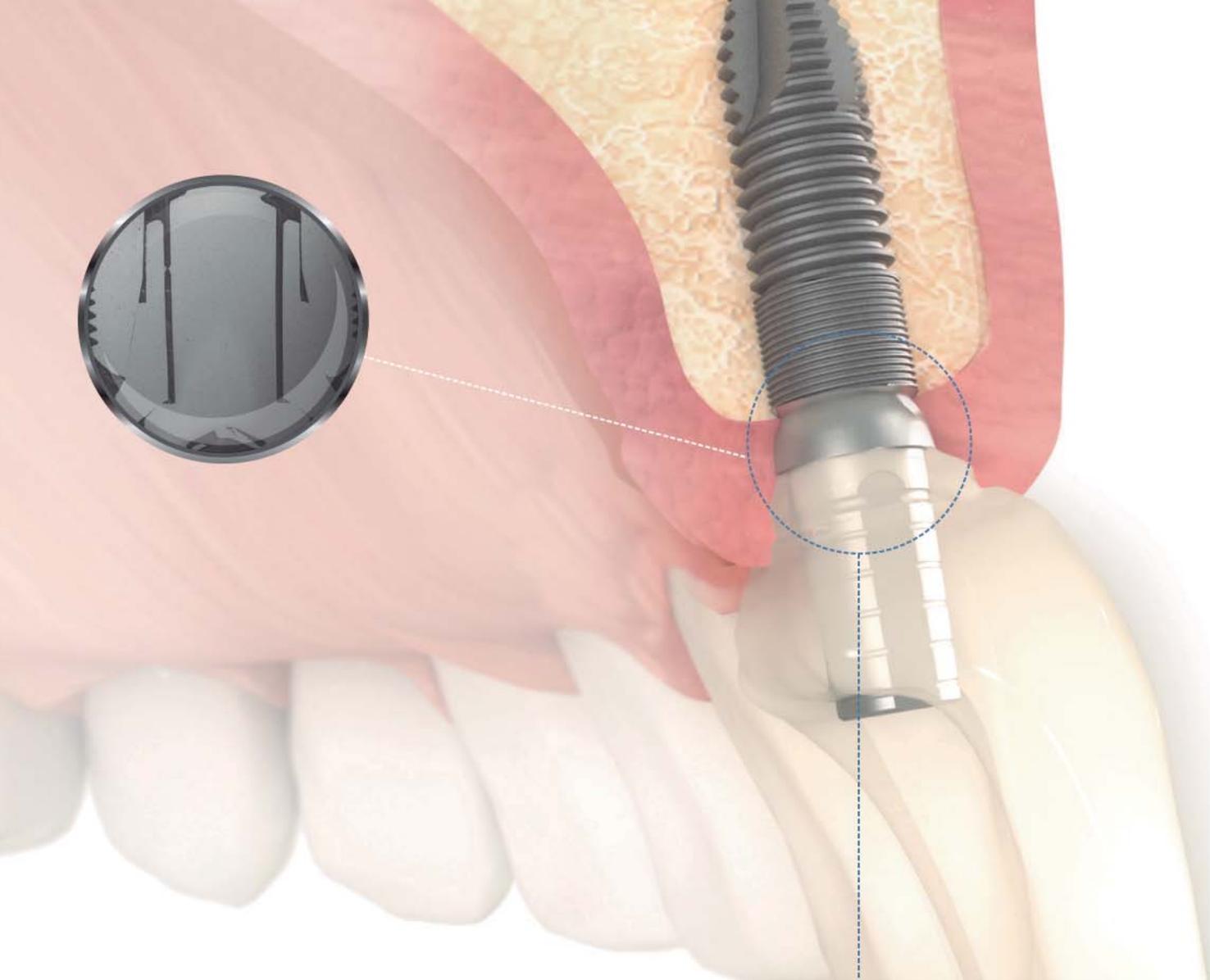


El evento se celebró el pasado día 30 de enero en el Auditorio Mitxelena de la Universidad del País Vasco (Bilbao). Es la primera vez que esta cita se desarrolla en el País Vasco, tras realizarse sus tres ediciones anteriores en Cataluña. El objetivo de Mozo-Grau es que sus Jornadas sean itinerantes para acercarlas al mayor número de profesionales. Por otro lado, su Congreso, también bienal y celebrado en los años pares, se seguirá celebrando en Madrid, y la próxima cita tendrá lugar los días 5 y 6 de febrero de 2016.

Durante esta Jornada, que contó con reconocidos ponentes nacionales e internacionales, se repasó el estado actual de la implantología dental, las últimas tendencias en el sector, y los temas más recurrentes desde una perspectiva rigurosa y científica.

Este evento, que acogió público procedente de distintos puntos geográficos como Chile, Italia, Polonia y Portugal, se dividió en cuatro bloques temáticos. Paralelamente, en el mismo recinto, se celebró un curso dirigido a técnicos de laboratorio, en el que se repasaron las últimas novedades para los trabajos en 3D y la estética en implanto-prótesis. Esta sesión contó, igualmente, con una gran afluencia de público •





CALIDAD en los ajustes.

Línea Integral® - Disponible en MG Osseous y MG InHex, junto al Código Explorer®, garantiza la confianza en la rehabilitación completa.

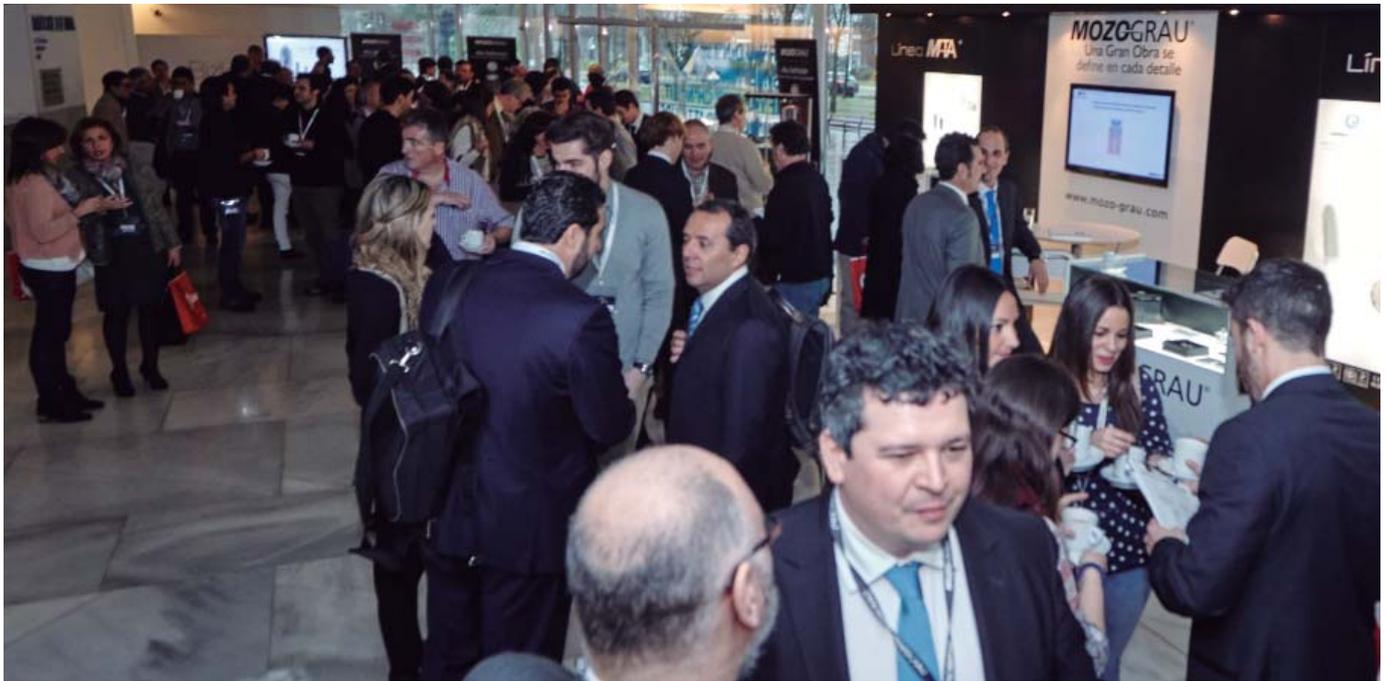
A medida que se avanza en la fabricación de la prótesis, en cada una de las fases del proceso se producen distorsiones que pueden dar lugar a que no se consiga el éxito del tratamiento.

Mozo-Grau, a través de su Línea Integral ofrece una solución conjunta de implante + aditamento que garantiza la calidad del ajuste* como si de una soldadura en frío se tratase.

De esta manera se reducen las complicaciones tales como micromovimientos, contaminación bacteriana, fractura de aditamento ó tornillo, aflojamiento que pueden provocar: fractura, fallo en la osteointegración etc., logrando así una prótesis duradera.

Línea Integral®

MOZOGRAU
IMPLANTES DENTALES



El objetivo de Mozo-Grau es que sus Jornadas sean itinerantes para acercarlas al mayor número de profesionales



MASTER EN IMPLANTOLOGÍA Y CIRUGÍA ORAL

VI Edición

Módulos Teóricos-Prácticos y Clínicos con Pacientes | Bases Anatómicas, Biológicas y Fisiológicas | Diagnóstico, Planificación, Tratamiento | R.O.G. | Injerto Óseo | Elevación Sinusal | Cirugía Mucogingival | Laser | Cirugía mínimamente invasiva Guiada por Ordenador | Implantes Cigomáticos | Escaner Intraoral | Cad-Cam | Prótesis sobre Implantes. Estructuras pasivas sin tensión.



Dr. Ventin



Dr. Arévalo



Dr. Murillo



Dr. L. del Moral



Dr. Carrera



Dr. Marquez



Dr. Varela



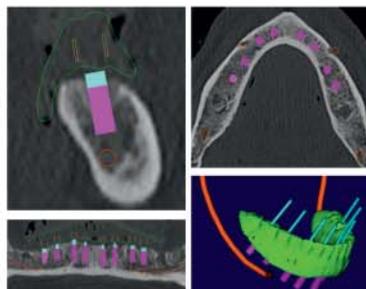
Dr. Rivas



Dr. Rubianes



Dr. Rosell



Objetivos: aprender a diagnosticar, planificar y ejecutar la Práctica de la Cirugía Oral y de la Implantología con seguridad y precisión.



Módulo Clínico: los alumnos colocan Implantes y realizan R.O.G., Elevación de Seno, Injerto Óseo, cirugía oral y mucogingival.

MASTER EN ORTODONCIA

Protocolo moderno sistematizado para manejar el diagnóstico con seguridad, con el objetivo del control y programación del acabado preciso de los casos ya desde el principio | Módulos Teóricos-Prácticos y Clínicos con Pacientes | Desde la técnica de Arco Recto, MBT al Autoligado Torque individualizado | Ortodoncia Funcional | Microtornillos | Alineadores | Estabilidad Retención | Ortodoncia avanzada 3D | Seguimiento de los casos.



Dra. Pons



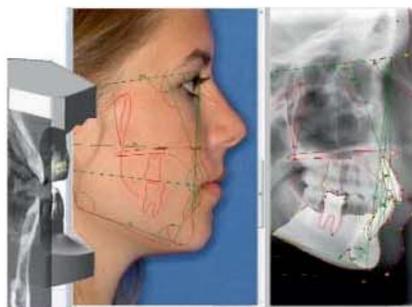
Dr. Velo



Dra. Véliz



Dr. Betrán



Excelencia en Formación

60 / 120 créditos ECTS

De octubre del 2015 a Junio del 2016
Facultad de Medicina UDL y centros adscritos

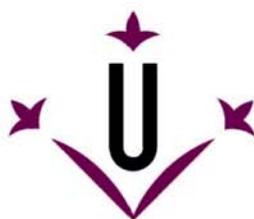
e den
formación dental

Información e inscripciones:

Tel: 681 000 111

info@edenformacion.com

www.edenformacion.com



Universitat de Lleida



Colaboran:

Facultad de
Estomatología
Villa Clara - Cuba



Per®Dental
Orthodontics
Implantology

[FESTIVIDAD DE LA PATRONA]

Celebraciones de Santa Apolonia

Colegio de la VIII Región

Los colegiados que integran las cinco provincias de la VIII Región (Burgos, Palencia, Soria, Valladolid y Zamora) celebraron en días pasados la festividad de su Patrona Santa Apolonia.

En todas ellas se celebraron comidas o cenas de hermandad en las que se dio la bienvenida a los nuevos colegiados, y se entregaron distinciones a los profesionales que cumplían 25 y 35 años de colegiación.

Como hecho anecdótico podemos destacar que en estos actos se imponía al mismo tiempo la insignia de nuevos colegiados a los hijos, y la insignia de plata (25 años) al padre, madre e incluso, en algún caso, a los dos progenitores.

Además, coincidieron en el acto regional el colegiado más antiguo el Dr.D. Ernesto Rodríguez-Monsalve Menéndez, con la última colegiada Dra. Begoña Moreda Revuelta •



COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA VIII REGIÓN (VALLADOLID)



COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA VIII REGIÓN (VALLADOLID)



COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA VIII REGIÓN (PALENCIA)



COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA VIII REGIÓN (BURGOS)



COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA VIII REGIÓN (BURGOS)



COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA VIII REGIÓN (BURGOS)



COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA VIII REGIÓN (SORIA)



COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE CÓRDOBA

Colegio de Odontólogos de Córdoba

El Colegio de Odontólogos de Córdoba celebró la festividad de su patrona, Santa Apolonia, con una serie de actos organizados en el Hotel Eurostars Palace, que reunió a alrededor de 100 personas.

Entre las actividades celebradas destacaron el curso “Prótesis Fija Estética y Avanzada”; el acto de bienvenida a los colegiados inscritos a la institución colegial durante 2014; una misa en San Miguel en recuerdo a los compañeros fallecidos, así como un cóctel de confraternidad entre todos los asistentes, con sorteo de regalos.

Se trata de la primera celebración de Santa Apolonia desde que tomara posesión de su cargo la nueva Junta de Gobierno, renovada el pasado mes de diciembre. Al frente de la misma continúa Rafael Roldán, que comienza su segundo mandato. La vicepresidencia le corresponde a Francisco Jesús González; Juan Carlos Alonso, como secretario, y Marta de la Peña, como tesorera.

Las vocalías están ocupadas por Federico Esparza, Carlos Lasarte, Antonio Lucena, José Javier Pinilla, Alicia Prados y Leticia Rodríguez •

Colegio de Odontólogos de Bizkaia

El pasado día 6 de febrero el Colegio de Odontólogos de Bizkaia celebró en el Museo Marítimo de Bilbao los actos de celebración de Santa Apolonia. En primer lugar tuvo lugar la asamblea anual, en la que se hizo un repaso a todo lo acaecido durante el año anterior. Se aprobaron las cuentas presentadas y los presupuestos.

Tras la Asamblea en el Atrio del Museo se celebraron otros actos que contaron con la presencia del Alcalde de Bilbao, Ibon Areso, y el Concejal de Salud, Mariano Gómez, además de representantes de Colegios Profesionales Sanitarios de Bizkaia.

El acto tuvo un gran momento de emotividad en el homenaje a los compañeros con 25 años en la profesión y, no menos especial, a los que cumplieron 35 años.

También se otorgaron los Premios de Fotografía, que en esta ocasión recayeron en las siguientes personas:

Temática Dental:

Primer Premio: Pedro Pomposo
Segundo Premio: Patricio Oribe

Temática Libre:

Primer premio: Jesus Ortega
Segundo Premio: Katia Gustino

Tras los homenajes y entrega de premios, se sirvió un cocktail amenizado por “Ankenai”, grupo de nuestra compañera “Ane Vitoria”, que ya tiene casi listo su segundo álbum.

Fue un momento de encuentro de compañeros, en el que además muchos aprovecharon para vestirse con sus disfraces de pirata.

El acto cerró con la cena “pirata” en las salas del Museo, en la cual, tanto el Alcalde de Bilbao, Ibon Areso, como el Presidente del Colegio, Jose Manuel Fika, dirigieron unas palabras de agradecimiento a los asistentes.

Durante el transcurso de la misma se sortearon diversos regalos donados para la ocasión por diversas “casas comerciales” y como colofón se habilitó una zona de baile entre los pilares del Museo. La fiesta de Santa Apolonia del Colegio de Bilbao cerró de madrugada con el lanzamiento de los famosos “Farolillos de los Deseos” ●



Pide lo que quieras



Servicio integral de Suministros Dentales Antón, s.l.
sencillamente, todo lo que necesites.



antón^{S.L.}
suministros
dentales

944 53 06 22
www.antonsl.es

20 años
a tu lado

[EL PASADO MES DE FEBRERO EN BARCELONA]

SEPA BCN´15 congregó a los principales representantes del sector

Sepe 2015 se celebró del 26 al 28 del pasado mes de febrero. La doble cita científica, con la celebración conjunta de la 49ª Reunión Anual SEPA y la 5ª Reunión de Higiene Bucodental, congregó en el Palacio de Congresos de Cataluña a más de 3.200 profesionales del sector bucodental, erigiéndose en un congreso de referencia para la Odontología española y la Periodoncia europea.

En Barcelona se superaron todas las cifras previas de participación en un congreso de SEPA, con la presencia de 1.850 dentistas, 850 higienistas, y unos 500 representantes de empresas e instituciones. La exposición comercial contó con la presencia de más de 70 empresas expositoras.

El evento tuvo, además, un interesante programa, con más de un centenar de actividades científicas, se presentaron 125 comunicaciones/pósteres científicos y participaron más de medio centenar de ponentes (con una relevante participación de expertos internacionales).

Ahora recoge el testigo Valencia, donde se celebrará la 50ª Reunión Anual SEPA, así como la 6ª Reunión de Higiene Bucodental. Valencia fue, de hecho, el escenario donde se celebró (en 1961) la primera reunión de esa sociedad científica, lo que hace aún más emotivo este encuentro •





Normon estuvo presente en SEPA Barcelona con su nueva línea de implantes NORMOIMPLANT SYSTEM

Bajo el lema: “Normoimplant, soluciones simples para un mundo complicado”, Normon sorprendió con la presencia del entrenador del mejor tenista español de todos los tiempos, Toni Nadal, en una conferencia en la que más de 200 asistentes siguieron con gran atención las palabras de Toni Nadal sobre “las claves del éxito”.

Normon atendió a los asistentes al Congreso desde su stand, explicándo-

les las ventajas de su nueva línea de implantes. Normoimplant System se presenta con dos sistemas de conexión hexagonal (interna y externa), y con una amplia variedad de diámetros y longitudes, así como de aditamentos protésicos y del instrumental necesario. Además, se ha diseñado con una gran versatilidad lo que permitirá a la clínica poder manejar un menor número de referencias •





La exposición comercial contó con la presencia de más de 70 empresas





OLYMPUS KIT Medical & Macro



Objetivo Zuiko
60 mm Macro



Empuñadura HDL-6



Cámara
OM-D E-M5



Anillo FR-2



Flash DORR
Combi TTL

Uso: Cualquier tipo de fotografía médica y científica: Odontología, Dermatología, Estética, Cirugía Plástica, etc.

Ventajas: Con respecto a otras marcas y modelos del mercado, el Kit Medical y Macro se caracterizan por la facilidad de manejo debido a la fiabilidad de nuestro sistema TTI. Poniendo los parámetros necesarios cualquier persona, aunque no sea un experto fotógrafo: Doctor, Enfermera, Higienista, Auxiliar, puede realizar unas extraordinarias fotografías.



- Fiabilidad del color.
- Alta sensibilidad (ISO 200 - 25600).
- Posibilidad de intercambio de objetivos y cambio de tomas por objetivos.
- AF de alta velocidad: el más rápido del mercado*.
- Mayor nivel de detalle en las texturas.
- Visión de la imagen por pantalla en el momento de la toma (Live View).
- Control preciso de la iluminación.
- Durante el disparo con Live View puede elegir entre cuatro formatos diferentes. (4:3, 3:2, 16:9, 6:6).
- Pantalla OLED abatible y táctil.
- Sensor Live MOS de 16,1 Megapíxeles.
- Vídeos en Full HD.
- Estabilizador de imagen en 5 ejes incorporado en el cuerpo.
- Resistente al polvo y a las salpicaduras.

* Entre las cámaras digitales con objetivos intercambiables a fecha 8 de febrero de 2012, al usar el objetivo OLYMPUS M.ZUIKO DIGITAL ED 12-50mm 1:3.5-6.3 EZ con la E-M5. Datos básicos en las condiciones de medición internas de Olympus.

Disfruta además de las ventajas de un excelente servicio y cobertura.



Una excelente calidad en el Servicio

Puesta en marcha del equipo tanto por teléfono como de forma personalizada.



Solución de problemas

A través de consulta telefónica de cualquier duda o problema.



Tramitación de las reparaciones.

En caso de avería, cesión de otro aparato de cortesía mientras dure la reparación.



SEPA congregó a profesionales de la Odontología, higienistas y reputados miembros de la comunidad científica internacional





[SWISS DENTAL]

El vídeo-marketing dental

Daniel Izquierdo Hanni, Director de Marketing de Swiss Dental, emplea el vídeo como herramienta de marketing para comunicar con sus pacientes. Recientemente ha publicado en el canal Youtube de la compañía dos nuevos vídeos, uno sobre la satisfacción de los pacientes, y otro, alertando de los peligros de las ineficaces acciones de buzoneo •

Pueden visionar estos dos vídeos en la siguiente dirección:

https://www.youtube.com/channel/UCS_ccsQ1Djbdsi2uhgYtCNg

[SEPES]

Avishai SADAN y Sillas DUARTE, dos grandes profesionales en SEPES PRIMAVERA

Dos de los prostodoncistas más reconocidos a nivel mundial son los conferenciantes invitados a la reunión SEPES PRIMAVERA 2015, que se celebrará en Madrid el próximo 9 de mayo.

Avishai SADAN y Sillas DUARTE ofrecerán ocho horas de ponencia magistral sobre odontología estética, con la

importancia de la valoración de riesgos para llegar a la fórmula del éxito como eje de la jornada.

El Prof. Dr. Jaime Gil, reconocido socio de SEPES, conecedor de la trayectoria de Sadan y Duarte, y colaborador habitual de la sociedad, será el coordinador de esta cita científica •



[ORBIT]

Orbit promociona revisiones gratuitas

El pasado 20 de marzo Orbit®pro habilitó un espacio, en plena plaza de Callao de Madrid, en colaboración con la Fundación Dental Española, en el que cuatro odontólogos realizaron, durante 7 horas, más de 500 revisiones dentales gratuitas. Además, a todos los pacientes se les proporcionó información sobre la importancia de cuidar su boca y la necesidad de acudir al dentista para evitar enfermedades dentales.

pañola para promocionar buenos hábitos de higiene bucodental entre más de 10.000 escolares, de 6 a 9 años de edad, de 75 colegios de enseñanza primaria de toda España. En la acción colaboraron estudiantes de 12 facultades de Odontología de universidades públicas y privadas, que fueron los encargados de leer e interpretar los cuentos a los más pequeños •

Cuentos a 10.000 niños para promoción de la salud bucodental infantil

Orbit®pro ha patrocinado, además, una parte de la campaña preventiva liderada por la Fundación Dental Es-

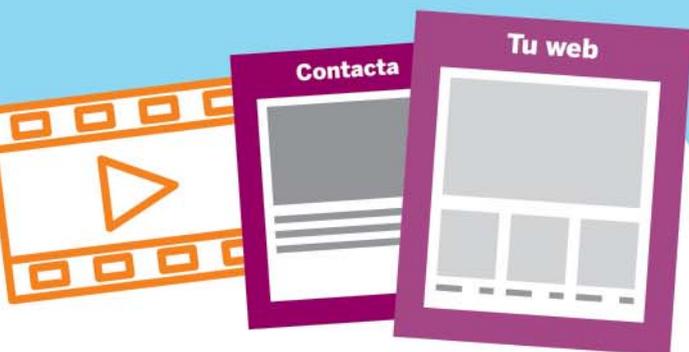




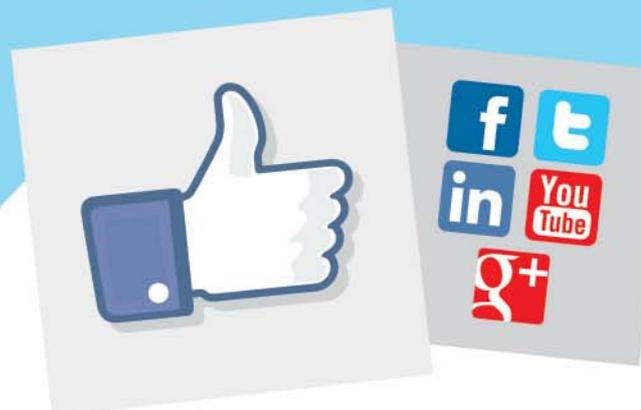
¿QUIERES CONECTAR CON TUS PACIENTES?



Pack Ok' Basic
Imagen corporativa
+ perfil en redes sociales



Pack Ok' Premium
Imagen corporativa + redes
+ web + vídeo



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

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

¡Síguenos!



DVD presentará sus novedades en el Forum Dental 2015

DVD llega a la novena edición del Forum Dental con las últimas tendencias y temas de actualidad del sector dental.

DVD ofrecerá en su stand la posibilidad de conocer la empresa, su amplia selección de productos, servicios y equipamiento para la clínica dental. La compañía, que sigue ampliando su catálogo para ofrecer un servicio integral al odontólogo,

aprovechará este escenario para presentar su amplia gama de equipamientos dentales de las marcas Belmont, Fedesa y Fona; su sistema de sedación consciente MasterFlux de Tecno Gaz; nuevas tecnologías en radiología digital 3D; productos para la protección de riesgo biológico; o la línea de mobiliario profesional Edarredo, para consultas odontológicas, entre otros •

[NSK]

NSK presenta Ti-Max Z-SG45L

La empresa NSK presenta el Ti-Max Z-SG45L, contra-ángulo quirúrgico de titanio con cabezal de 45° para un perfecto acceso a la zona molar. Las principales características del nuevo producto son las siguientes:

- Multiplicador 1:3
- Cuerpo de Titanio con DURAGRIP®
- Spray Triple

- Óptica de vidrio celular
- Rodamientos de cerámica
- Sistema de Cabezal Limpio
- Porta-fresas Push Botton
- Velocidad máxima: 120.000 min-1 •

[OSTEÓGENOS]

Osteótomos y expansores



Osteógenos incorpora a su catálogo de productos una nueva gama de osteótomos y expansores útiles para que el implantólogo pueda crear zonas osteotómicas de difícil realización, con los procedimientos quirúrgicos tradicionales.

Los diferentes Kits incluyen 5 expansores de titanio, con muescas de profundidad marcadas con láser fácilmente distinguible, y 3 osteótomos roscados con un código de color que identifica el diámetro •

DVD
Developing Value in Dentistry




Osteógenos
Dental Surgical Devices

QUIERE
FINANCIACIÓN
FÁCIL
PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



 **FINCLINIKS**
FINANCIACIÓN CLÍNICA

[MONTSERRAT MÁRQUEZ]

“El relevo generacional es necesario en los altos cargos de Colegios e Instituciones”

En estos momentos en los que está “de moda” hablar de conciliación Montserrat Márquez Bargalló (1959), ha hecho un verdadero esfuerzo para compatibilizar una intensa actividad profesional con su vida familiar. Licenciada en Medicina por la Universidad de Barcelona, durante el embarazo de su segundo hijo estudió Estomatología y montó su propia consulta. Desde hace 12 años ha ocupado varios puestos en la Junta Provincial de Tarragona, donde primero fue Vocal, luego Vicepresidenta y ahora Presidenta.

MARÍA JOSÉ GARCÍA







“Odontólogos de Hoy”: *¿Cómo definiría el momento actual de la odontología en nuestro país teniendo en cuenta la difícil coyuntura actual?*

Montserrat Márquez: Complicada, pero al mismo tiempo excitante por el gran reto que nos ha tocado vivir a todos los profesionales, jóvenes y no tan jóvenes, en este momento de grandes cambios y situación económica adversa.

Hasta hace poco la evolución de la odontología estaba basada en la visión científica y técnica, ahora está ganando mucho peso el cómo ejercer nuestra profesión: con el peligro de pasar de ser profesionales de la salud a comerciantes de la salud, con los riesgos que esto puede comportar.

ODH: *En España hay en estos momentos un excedente de odontólogos en relación a las necesidades reales de la población. ¿Cuál es su recomendación a los jóvenes odontólogos que se enfrentan a esta situación cuando pretenden iniciar su actividad profesional?*

M.M.: El exceso de centros que forman a odontólogos ha provocado que tengamos un excedente de licenciados. Son jóvenes que, junto a sus familias, han hecho un esfuerzo para formarse y se encuentran que no tienen cabida en el mundo laboral. Mi consejo es que no pierdan la ilusión y que luchen, les servirá de poco si la Administración no toma cartas en el asunto, reduciendo los centros que ofrecen estos estudios y no buscando mecanismos para evitar su proliferación, ya que en ellos se ejerce una odontología que abusa, tanto del odontólogo, como de la confianza del paciente.

ODH: *¿Qué opinión tiene de los Colegios Profesionales? ¿Cómo valora las relaciones de éstos con las instituciones sanitarias autonómicas?*

M.M.: Los colegios profesionales son los que pueden y deben proteger y ayudar al colegiado, facilitar el acceso a la formación continuada y, en caso que sea necesario, controlar que se realice una buena praxis. Por otra parte, las relaciones con las Instituciones, a día de hoy, son lentas y poco efectivas, situación que hemos de intentar revertir entre ambas partes.

Hay diversos temas en los que es imprescindible la implicación de la Administración, por poner unos ejemplos: el exceso de facultades de odontología, la inspección de clínicas dentales, la relación entre odontología pública y privada, el intrusismo, etc. Los colegios no pueden resolver estos problemas sin el soporte legal de la Administración.

ODH: *¿Cuál es su opinión sobre las sociedades científicas en nuestro país? ¿Es apreciado el papel que representan?*

M.M.: Las sociedades científicas son necesarias, la evolución científica y técnica hace imprescindible el estar al día y la formación continuada de los profesionales. Una mayor colaboración entre estas sociedades y los colegios facilitaría el acceso a esta formación, y al conocimiento de los últimos avances.

ODH: *¿Qué opina de la faceta empresarial de los odontólogos? ¿Cree que necesitan ayuda externa para mejorar los rendimientos de sus negocios? ¿De qué tipo?*

M.M.: El concepto de clínica dental ha cambiado durante los últimos años, la complejidad de la profesión, hace muy difícil que un solo profesional pueda asumir todas las especialidades, y el paciente no quiere ir cambiando de centro para realizar su tratamiento. Hoy en día, unos conocimientos básicos, o no tan básicos, en gestión empresarial, son imprescindibles. Muchos dentistas nos vemos obligados a ejercer como

empresarios, al finalizar nuestra jornada laboral odontológica. Esto no puede ser motivo para dejar la salud dental de la población en manos de grupos empresariales, que se rigen por criterios ajenos a nuestra profesión. Nuestra obligación es buscar siempre lo mejor para el paciente, no lo que sea más lucrativo para nuestra empresa.

“

La Administración debe tomar cartas en el asunto para limitar el exceso de facultades de Odontología, e inspeccionar las clínicas dentales privadas. ”

ODH: *¿De los proyectos y puestos profesionales que ha desempeñado a lo largo de su trayectoria, de cuáles se siente más orgullosa?*

M.M.: Colaboro en un centro donde se atiende a pacientes con discapacidad psíquica, de todas las edades y con distintos grados de discapacidad, de leve a muy profunda. La primera vez que fui decidí que no volvería más, de esto hace más de veinte años y sigo con ellos. La gratificación que supone trabajar con estas personas es adictiva. Debido a la complejidad de los pacientes a tratar el programa que desarrollamos, es preventivo y de formación. Los resultados que obtenemos, mejorando y personalizando la higiene bucal en cada uno de ellos, y formando al personal de atención directa, son impresionantes.

ODH: *¿Qué opina de la situación actual de la sanidad en España? ¿Considera que nuestro sistema universal es sostenible en el tiempo?*

M.M.: Sostenible sí, pero tiene que mejorar la eficiencia y eliminar las bolsas de bajo rendimiento dentro del mismo. Al mismo tiempo se debe



definir y clarificar la cartera de servicios que nuestro sistema sanitario está dispuesto a asumir. En este punto se debería valorar la inclusión de más tratamientos odontológicos a cargo de los Servicios Públicos de salud. Siempre teniendo en cuenta los costes y la efectividad de los procesos y procedimientos.

ODH: *Usted, junto a la Presidenta de la Junta de Girona, es la única mujer con cargo electo en la Asamblea del Consejo General en este momento. ¿Qué sentimiento como mujer le produce esta anacrónica distribución en un colectivo en que las mujeres son mayoría?*

M.M.: Es una realidad que las mujeres somos mayoría en nuestro colectivo pero, otra vez, la brecha de género aumenta cuanto más altos son los cargos. Tal como sucede en la mayoría de colectivos de nuestro país.

Todos conocemos las razones pero muchas veces miramos hacia otro lado: las obligaciones que conlleva estar dentro de un grupo de trabajo como el Consejo implican mucho tiempo incompatible con la maternidad y otras situaciones personales.

Si no visualizamos entre todos esta problemática, la desigualdad seguirá, y será difícil representar el punto de vista femenino en las altas esferas. No es cuestión de que las mujeres administren mejor su tiempo,

renuncien a la maternidad o esperen a los 50 para ascender en su carrera laboral, sino en ser conscientes de la problemática y buscar una solución entre todos.

ODH: *Desde las páginas de esta publicación se ha cuestionado la ética de los dirigentes colegiales que utilizan sus cargos para promocionar su consulta privada. ¿Qué opina usted de estas actuaciones?*

M.M.: La aceptación de la responsabilidad de representar a nuestros compañeros conlleva la búsqueda del beneficio para el colectivo, en ningún caso el beneficio privado. Estamos obligados a tener unos criterios éticos muy definidos y transparentes. Siendo uno de los principales no buscar prebendas, con la excusa de que dedicamos una parte de nuestra vida a una causa colectiva.

ODH: *Los presupuestos del Consejo General y de los Colegios están en el punto de mira de muchos colegiados. ¿Cómo considera usted que se están gestionando los recursos? ¿Las cuotas que se abonan están justificadas en lo que se recibe?*

M.M.: La mayoría de Juntas tienen como objetivo rebajar las cuotas colegiales. No olvidemos que, a día de hoy, la colegiación es obligatoria, y para muchos, sobre todo los jóvenes

colegiados, pagar la cuota cada mes es un esfuerzo. Estamos obligados a tratar de rebajarlas al máximo y a optimizar los recursos, para que nuestros colegiados, perciban al colegio como una ventaja. Los presupuestos deben ser realistas, austeros, solidarios y, sobre todo, transparentes.

ODH: *No hace un año que se renovó la Presidencia del Consejo General después de cinco mandatos seguidos, y poco antes se renovó la presidencia del Colegio de Cataluña después de seis mandatos seguidos. Son varios los Presidentes de Colegios que llevan más de veinte años en el cargo. El debate es antiguo pero nadie lo pone seriamente sobre la mesa. ¿Cree que esto es razonable, o debería propiciarse un límite en el tiempo para los cargos?*

M.M.: Cuando un cargo se alarga en el tiempo siempre hay el peligro de que se vicie. Pero hay muchos casos de Presidentes de Colegios que siguen en su cargo porque no hay candidaturas de relevo. Debemos hacer un llamamiento a la gente joven para que se implique en el mundo colegial, que fiscalice a sus Presidentes, que los ayude y, llegado el momento, los sustituyan. La entrada de aire fresco siempre es positiva •

[JOSÉ NART]

“La investigación es el motor de la odontología moderna”



José Nart es un profesional de la odontología que, a pesar de su juventud, cuenta con un impresionante curriculum. Doctor en Odontología por la Universitat Internacional de Catalunya (UIC), certificado en Periodoncia e Implantes por la Tufts University de Boston (USA), y Diplomate por el American Board of Periodontology. A estos logros académicos se suman sus actividades como Jefe del Departamento de Periodoncia y como Director del Master de Periodoncia, de la UIC. Miembro del comité científico de SEPA 2013-16, ha presidido la 49ª Reunión Anual de SEPA, celebrada el pasado mes de febrero en Barcelona.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

“Odontólogos de Hoy”: *¿Qué le ofrece más satisfacciones, su ejercicio profesional privado, o la práctica docente?*

José Nart: Me parece que voy a disfrutar la entrevista, empieza usted tocándome el punto débil. Ni yo ni la UIC entendemos la docencia sin práctica clínica; la odontología es práctica y uno aprende, estudia y avanza durante su ejercicio. Mi disfrute de nuestra profesión es total, y la satisfacción se la debo en partes iguales a mi clínica privada y a la docencia, y a los equipos que me acompañan.

ODH: *¿Cómo profesor de la UIC cuáles son los “puntos fuertes” que ofrece esta Facultad de Odontología (en relación a otras) a los estudiantes que deciden estudiar en este centro? ¿Cuál es la filosofía y los valores que tratan de inculcar a sus estudiantes?*

J.N.: La UIC asegura una formación odontológica actualizada, moderna y basada en la evidencia científica.

“

Los docentes pretendemos transmitir la ilusión por la excelencia en la Odontología, y ofrecer los mejores tratamientos a los pacientes.

”

Cada alumno tiene un tutor que guía su formación teórico-práctica, en una clase de 80 alumnos aproximadamente. La docencia se da un 30% en inglés, único idioma de la ciencia, y preferimos las referencias a artículos que a libros por su actualización. Pretendemos transmitir la ilusión por la excelencia en odontología, y ofrecer los mejores tratamientos a los pacientes con valores humanistas.

ODH: *¿Cómo valora el nivel de los alumnos de odontología que acuden a sus aulas?*

J.N.: Como siempre el nivel es variable. Notamos carencias en expresión y lengua escrita castellana e inglesa. Pero lo que más me sorprende y entristece es ver a un grupo de aproximadamente el 25% de los alumnos de grado, especialmente en los dos/tres primeros cursos, quienes carecen de motivación y entusiasmo por aprender, sacrificarse y aprovechar al 100% esta oportunidad de formación.

ODH: *¿Qué tipo de formación práctica reciben los alumnos de la UIC?*

J.N.: Empiezan con formación preclínica en segundo curso, y con pacientes en la clínica universitaria a partir de tercero. Pretendemos dar una formación enfocada hacia la práctica clínica que les prepare para la realidad próxima. Profesores de todos los departamentos forman el equipo de profesores de la clínica in-



“ 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 Valentín 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

<http://www.dental-lab.fr/>
902 222 029
FRANCIA-ESPAÑA-PORTUGAL

tegrada. Además, debo destacar que la formación teórica de los cursos cuarto, y especialmente quinto, consta mayoritariamente de seminarios con aprendizaje basado en el caso clínico y/o en la situación problema.

ODH: *Desde su punto de vista, ¿cuál es la importancia de la investigación en la formación de los futuros profesionales de la odontología? ¿Es clave para su ejercicio posterior que se hayan familiarizado con ella durante sus estudios?*

J.N.: La investigación es el motor de la odontología moderna y así lo entendemos en la UIC. Valoramos positivamente a los candidatos con inquietud investigadora y asumimos que una parte de los graduados dedicará parte de su jornada laboral a la investigación. El modelo *evidence based dentistry* en el que creemos y participamos, cuyo pilar es la investigación, es el que transmitimos y queremos contagiar. Los alumnos de grado participan en los tratamientos de los alumnos de master, muchos de estos tratamientos están vinculados a estudios clínicos.

ODH: *Tras una larga temporada de continuos debates sobre el asunto, ¿Cree que ha llegado el momento de formalizar y poner en marcha las especialidades?*

J.N.: Sin duda, y si lo hacemos todos juntos mucho mejor. Es una realidad profesional y establecerlas garantizará un control y, en definitiva, un mejor servicio para los pacientes.

“

La sanidad universal y gratuita de calidad no puede estar en debate.

”

ODH: *¿Suponemos que usted defiende la creación de la especialidad en “periodoncia”, si es así, nos lo puede argumentar?*

J.N. La Periodoncia es la disciplina de la odontología con revistas de mayor impacto científico, más estudios y de

mayor calidad. Su necesidad asistencial es obvia por tratar la primera causa de pérdida de dientes en la población mundial, la periodontitis. La Federación Europea de Periodoncia establece las competencias necesarias para su formación y ejercicio; lejos de la práctica del dentista generalista. Creo en la especialidad y en su formación reglada en programas de dedicación exclusiva de tres años de duración, incluyendo la terapia quirúrgica de implantes.

ODH: *¿Está sobredimensionado el número de nuevos profesionales odontólogos que se incorporan al ejercicio profesional en relación a las necesidades reales del mercado?*

J.N.: Los números así parecen indicarlo. Genera frustración querer ejercer en tu país tras un periodo largo de formación y no poder hacerlo. Genera frustración no obtener un salario digno o tener que estar sometido como profesional a una odontología mercantilista. No parece que el Consejo ni la conferencia de Decanos tengan fuerza suficiente para solucionarlo, por lo que será el mercado quien lo regule.

ODH: *¿Qué recomendaciones daría a los nuevos profesionales que se enfrentan al mercado profesional tras una etapa de larga formación en un contexto como el actual, difícil y complicado por la larga crisis económica que arrastramos?*

J.N.: Los estudios prospectivos de nuestra profesión valoran positivamente la especialización y ése es un consejo que doy. Otro sería la buena formación y entrega a los pacientes de forma honesta y con empatía; la formación continuada y la vinculación a la universidad también están relacionadas con el éxito profesional.

ODH: *En estos momentos, la sanidad española vive inmersa en continuos debates, (el caso de los enfermos de hepatitis, la falta de personal en hospitales, los copagos, etc) que ponen en entredicho la sostenibilidad del siste-*



ma universal que se aplica en nuestro país. ¿Cuál es su opinión al respecto?

J.N.: La sanidad universal gratuita y de calidad no creo que pueda estar en debate. La gestión de la misma sí puede. Eficiencia en la gestión de recursos y personal no debería estar reñida con la calidad y gratuidad, al contrario. Políticos y técnicos sanitarios deben trabajar conjuntamente en ello.

ODH: *Usted ha presidido el Comité Organizador del último Congreso SEPA. Odontólogos de Hoy ha estado allí y ha podido comprobar el éxito en todos los niveles de esta convocatoria. ¿Cuál es su valoración personal?*

J.N.: Una felicidad enorme, inmensa, compartida con todo el equipo que ha estado conmigo y se ha entregado a tope. El mensaje doble de **Odontología Moderna en Equipo y Periodoncia Para Todos** ha calado en los 2.660 asistentes y debe ser la odontología de hoy. SEPA es una sociedad de Periodoncia, no solo de periodoncistas, y ha conseguido sumar a 800 higienistas, generalistas, prostodoncistas, ortodoncistas, y cirujanos orales y maxilofaciales. Solo le pongo un pero, existe un grupo de dentistas que es inmovilista y no entiende la necesidad de formación continuada y modernización; muchos de éstos se lamentan por tener sus consultas vacías. Otro colectivo al que echamos de menos de forma mucho más mayoritaria es al de los protésicos dentales; acudieron algunos, pero dado el momento de esta nueva odontología de cambio, en la que su papel es crítico, como por ejemplo en odontología digital, provisionalización y periimplantitis, yo personalmente esperaba a muchos más ●

PROCOVEN

ODONTOLOGÍA



LA MARCA DE PRÓTESIS
NUEVA LÍNEA: PRÓTESIS EXPRÉS
(nuevo plazo de entrega, consulte condiciones)

LA PRÓTESIS PERFECTA POR



LA LEUCOPLASIA COMO LESIÓN PRECANCEROSA DE LA CAVIDAD BUCAL

RESUMEN

La leucoplasia es una placa blanca, de la mucosa oral, que no puede ser caracterizada clínica o histopatológicamente como ninguna otra enfermedad o lesión definible. Por lo tanto, el término leucoplasia es descriptivamente clínico y constituye un diagnóstico provisional; sin ninguna connotación anatomopatológica. Habitualmente asintomática, no se desprende al raspado y no puede clasificarse como ninguna otra lesión. En los países subdesarrollados, la leucoplasia aparece entre la 4ª y 7ª década de la vida. En cambio, en países en desarrollo, la aparición de este tipo de lesiones se adelanta entre 5 a 10 años. En cuanto al sexo, es más prevalente en el hombre que en la mujer (3:1). En su etiología están implicados factores como el tabaco, alcohol, anemia Sideropénica e hipovitaminosis. Su localización depende de cómo se consuma el tabaco. La leucoplasia puede localizarse en cualquier lugar de la cavidad oral, pero lo hace, por orden de mayor a menor frecuencia en la mucosa yugal, la mucosa vestibular inferior, la encía maxilar superior, la encía mandibular, la lengua, el suelo de la boca y el labio inferior. El diagnóstico es fundamentalmente clínico e histopatológico de la lesión premaligna.

PALABRAS CLAVE:

Leucoplasia oral, lesión precancerosa, displasia epitelial, transformación maligna.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones blancas que aparecen en la cavidad oral son relativamente frecuentes, aproximadamente su prevalencia es del 24,8% según Axell (1). Entre estas lesiones blancas se encuentra la leucoplasia oral, con una prevalencia del 0,2-3,6% (2,3).

Es a partir de 1967, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) siguiendo a Pindborg, establece el sentido puramente clínico que actualmente se considera inseparable del término leucoplasia. Considerada como tal aunar “Placa blanca, que no puede desprenderse por raspado y que no puede clasificarse como ninguna otra lesión” y añade la aclaración de que “no es una entidad histopatológica, porque en ella puede observarse una gran variedad de alteraciones microscópicas”. La esencia de dicho concepto ha venido manifestándose en las distintas reuniones internacionales de consenso celebradas. (4,5).

EPIDEMIOLOGÍA

En los países desarrollados, la mayor parte de las leucoplasias aparecen entre la 4ª y 7ª década de la vida. (6,7) En cambio, en países en desarrollo, la aparición de este tipo de lesiones se adelanta entre 5 y 10 años. En cuanto al sexo, se encuentra que tiene una mayor prevalencia en hombres que en mujeres, con una distribución de 3:1. Es más frecuente en fumadores que en no fumadores. (8)

En cuanto a su localización intraoral más frecuente, ésta va a variar en los distintos estudios y va a guardar una importante relación con el tabaco y su forma de consumo. Así en la India, las lesiones se asientan en la mucosa vestibular o comisuras bucales, en los consumidores de tabaco; salvo si fuman invertido, en donde el 70% de las lesiones se localizan en el paladar. (9)

En los países occidentales, las lesiones frecuentemente asientan en la mucosa yugal y las comisuras orales. (10) Bagán, en un estudio realizado con 110 pacientes con leucoplasia oral, afirma que estas lesiones estaban en

Reuniones de Consenso	Definición de leucoplasia
WHO, 1978	Una mancha o placa blanca que no puede ser eliminada por raspado ni caracterizada clínica o histológicamente como ninguna otra enfermedad.
1ª Conferencia Internacional sobre leucoplasias. Malmo (Suecia). Axell et al.1984	Una mancha o placa blanca que no puede ser caracterizada clínica o histológicamente como ninguna otra enfermedad y que no está asociada a ningún agente causal físico o químico a excepción del tabaco.
Symposium Internacional de Lesiones orales blancas. Uppsala (Suecia). Axell et al. 1996	Una lesión predominante blanca de la mucosa oral que no puede ser caracterizada como ninguna otra lesión definible, alguna de las leucoplasias orales pueden transformarse en cáncer.
WHO, 1997. Pindborg et al.	Una lesión predominante blanca de la mucosa oral que no puede ser caracterizada como ninguna otra lesión definible
WHO, Pathology & Genetics. Head and neck tumours. Barnes et al.2005	Ninguna definición
Warnajulasuriya et al.2007	Placas blancas de riesgo cuestionable habiendo excluído (otras) enfermedades conocidas o alteraciones que no suponen un aumento del riesgo de cáncer.

TABLA 1. DEFINICIONES DE LEUCOPLASIA EN LAS REUNIONES DE CONSENSO Y ÚLTIMAS PUBLICACIONES.

mucosas yugales y encías, seguidas de lengua, labios, suelo de la boca y paladar.

En cuanto a su aspecto clínico, 99 eran homogéneas, 11 moteadas y 1 verrugosa. Por lo tanto, la forma homogénea de leucoplasia oral es habitualmente más prevalente que la forma no homogénea. (7,11).

ETIOLOGÍA

Desde el punto de vista etiológico, el consumo de tabaco es el factor predisponente más común en el desarrollo de las leucoplasias orales, alrededor del 80% de las leucoplasias se asocian al hábito de fumar. Dietrich, en un estudio en 2004 en EEUU, estudió a 15.800 pacientes encontrando que el tabaco fumado fue el agente etiológico más destacado. (12) Es importante señalar que el suspender el hábito tabáquico, hace mejorar la mayoría de estas lesiones en un 50 a un 80%. (13) En cuanto al alcohol, su papel no es concluyente, no obstante, parece tener un efecto sinérgico con el tabaco. (14,15)

El virus Papiloma Humano (VPH), especialmente los subtipos 16 y 18, aunque está asociado a lesiones precancerosas, los estudios en cuanto a su asociación con la leucoplasia son discutidos y controvertidos. (16)

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS

El estudio histopatológico nos revela si existe displasia epitelial pudiendo ser ésta leve, moderada o severa. La displasia epitelial leve es aquella en donde los cambios displásicos arquitecturales están confinados al tercio inferior del epitelio, pudiendo coexistir alguna atípica “alteración citológica”. En la displasia epitelial moderada, los cambios displásicos arquitecturales se extienden hasta los 2/3 inferiores del epitelio; la alteración citológica es mayor. En la displasia epitelial severa, las alteraciones arquitecturales afectan a más de 2/3 del epitelio y las alteraciones citológicas son muy importantes. El carcinoma in situ sería el siguiente grado a la displasia severa, estando

afectados prácticamente todo el espesor del epitelio.

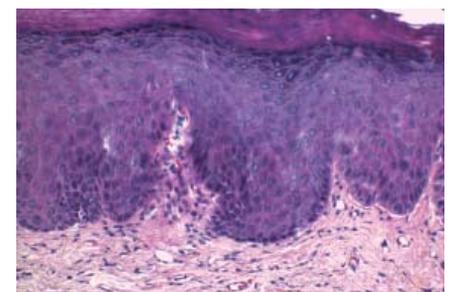


FIG. 1: SE MUESTRA IMAGEN HISTOLÓGICA DE LEUCOPLASIA CON HIPERQUERATOSIS.

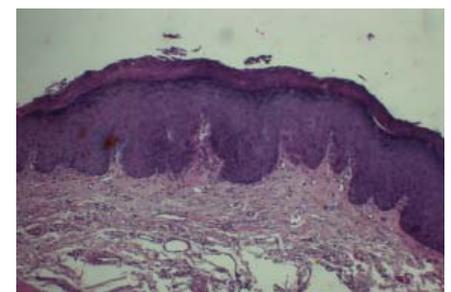


FIG. 2: PRESENCIA DE UNA ACANTOSIS MARCADA EN EL TEJIDO CONECTIVO DE LA LEUCOPLASIA ORAL.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico será clínico tras el examen de una lesión predominantemente blanca que tiene como factor etiológico el tabaco. Si pasadas 2 ó 4 semanas después de la eliminación del tabaco no se observa mejoría, se hará una biopsia para obtener un resultado histopatológico que nos dé el diagnóstico definitivo. (17).

TRATAMIENTO

Si la biopsia tomada nos indica que estamos ante una leucoplasia oral sin displasia, nuestra actitud podrá ser expectante, revisando al paciente cada 6 meses. Si por el contrario, el informe histopatológico nos indica que se trata de una leucoplasia con displasia epitelial, entonces se recomienda la eliminación de la lesión mediante cirugía.

El tratamiento de elección, en este caso, sería la cirugía pero hay estudios en el que el tratamiento quirúrgico no es efectivo, produciéndose una transformación maligna de estas lesiones. (18)

En cuanto a los márgenes de seguridad en la extirpación de las lesiones, estos nunca se han discutido detalladamente; por lo que generalmente se establecen unos márgenes de unos pocos milímetros, más allá de donde se circunscribe la lesión, pero está demostrado que existen cambios moleculares y nucleares en el epitelio, más allá de donde se encuentra clínicamente la lesión de leucoplasia, y este hecho puede explicar por qué se da la recidiva. (19).

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 62 años que acude a la consulta del Centro de Salud de Peñarroya-Pueblonuevo por dolor asociado a un diente 45. Se hace una historia clínica en la cual el paciente refiere que fuma un paquete al día. Al realizarle la exploración clínica de la cavidad oral se aprecia una lesión blanca, que no se desprende al raspado en el suelo de la boca de más de 2 cm de diámetro de bordes irregulares, de color blanco homogéneo. En el diagnóstico clínico pensamos que tiene una leucoplasia homogénea. Se realiza biopsia incisional de la lesión cuyo resultado anatomopatológico nos indica el diagnóstico de una leu-

coplasia, en la que se aprecia queratosis con displasia leve. Como medidas se le recomienda dejar el tabaco, una dieta rica en frutas y vegetales y revisiones periódicas cada 6 meses.



FIG. 3: LESIÓN BLANCA HOMOGÉNEA EN EL SUELO DE LA BOCA QUE NO SE DESPRENDE AL RASPADO.

DISCUSIÓN

La Asociación Americana del Cáncer ha propuesto una serie de medidas para reducir la muerte por cáncer, entre ellas están la abstención del consumo de tabaco y alcohol, así como la adopción de adecuados hábitos dietéticos. Este último factor es responsable de una reducción media del 35% de las muertes por cáncer oral. Por el contrario, un bajo consumo de frutas y vegetales aumenta un 10% el riesgo de muerte por esta enfermedad. (20,21,22)

Como prevención secundaria nos planteamos si sería recomendable hacer screening a la población, pero esto conllevaría un coste en el que se tendría que tener en cuenta el equilibrio entre coste-eficacia.

Por ello, el screening poblacional para el cáncer oral no es recomendado, ya que su historia natural no se conoce adecuadamente y no hay suficiente evidencia disponible sobre su utilidad. Por ejemplo, en Minnesota se realizó un estudio de más de 23.000 adultos mayores de 30 años de edad, que fueron examinados por dentistas entre 1957 y 1972. En él se observó que más del 10% de los sujetos tenían lesiones orales, encontrándose lesiones precancerosas en el 2,9% y cánceres en menos del 0,1%. (104 libro cáncer). Incluso, limitando los estudios a poblaciones de alto riesgo, dada la baja prevalencia de cáncer oral, la realización de estos estudios permanece controvertida.

Por ello, el screening oportunista que realiza el dentista cuando un paciente consulta por otro motivo, se mantiene como la principal herramienta capaz de identificar precozmente casos de cáncer oral.

Sin embargo, existen factores que limitan la eficacia de estas consultas:

- La población general no es consciente de la existencia de cáncer oral ni de sus factores de riesgo.
- El 68% de la población sólo acude al dentista cuando tiene un problema o dolor. (105 libro cáncer)
- La mayor parte de los cánceres incipientes son asintomáticos.
- Cuando los cánceres producen síntomas, estos son frecuentemente inespecíficos.
- Con frecuencia se produce una considerable demora entre la detección inicial de la lesión, su diagnóstico y el tratamiento final.

Por lo tanto, nadie tiene una mayor capacidad para modificar el pronóstico del cáncer oral mediante su diagnóstico precoz que los dentistas, los cuales deben asumir sin demora un papel protagonista en este escenario. Los tratamientos dentales convencionales (odontología restauradora y rehabilitadora, Periodoncia, ortodoncia, etc) son, obviamente, de gran importancia para la salud y bienestar de los individuos, pero el cáncer oral es una cuestión de vida o muerte.

Con su trabajo cotidiano, el dentista puede no solamente mejorar la calidad de vida de sus pacientes, sino en un sentido literal salvar vidas.

Es preciso revertir la tendencia, según la cual muchos médicos y dentistas no diagnostican precozmente el cáncer oral, debido a una inadecuada aptitud o un desconocimiento de esta patología (23,24), lo que lleva a confundir los cánceres incipientes con lesiones inflamatorias, traumáticas o infecciosas.

CONCLUSIONES

Los dentistas deben hacer una exploración de cabeza y cuello a todo paciente que acuda a la consulta por cualquier otra sintomatología de la cavidad oral ●

BIBLIOGRAFÍA

- Axéll T. Occurrence of leukoplakia and some other oral White lesions among 20,333 adult Swedish people. *Community Dent Oral Epidemiol.*1987;15:46-51.
- Schepman KP, Van der Meij EH, Smelee LE, Van der Waal I. Prevalence study of oral White lesions with special reference to a new definition of oral leukoplakia. *Eur J Cancer B Oral Oncol.*1996;32B:416-9.
- Ceballos Salobreña A, Bullón Fernández P, Gándara Rey JM, Chimenos Küster E, Blanco Carrión A. *Medicina Bucal: Práctica.*Ed.Danú.2000
- Warnakulasuriya S, Johnson NW, Van de Waal I. Nomenclature and classification of potentially malignant disorders of the oral mucosa. *J Oral Pathol Med* 2007;36:575-80
- Martínez-Sahuquillo Márquez A, Gallardo Castillo I, Cobos Fuentes MJ, Caballero Aguilar J, Bullón Fernández P. La leucoplasia oral. Su implicación como lesión precancerosa. *Av Odontostomatol* 2008;24:33-44.
- Escribano Bermejo M, Bascones Martínez A. Leucoplasia oral: Conceptos actuales. *Av Odontostomatol* 2009;25(2):83-97.
- Bagán JV, Vera F, Milián MA, Peñarocha M, Silvestre FJ, Sanchis JM. Leucoplasia oral: estudio clínico-patológico de 110 casos. *Arch Odonto-Estomatol* 1993;9:127-38.
- Baric JM, Alman JE, Feldman RS, Chauncey HH. Influence of cigarette, pipe, and cigar smoking, removable partial dentures, and age on oral leukoplakia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1982;54:424-29.
- Mehta FS, Pindborg JJ, Gupta PC, Daftary DK. Epidemiologic and histologic study of oral cancer and leukoplakia among 50915 villagers in India. *Cancer* 1969, 24:832-49.
- Cerero Lapedra R. Diagnóstico diferencial de las lesiones blancas orales. *RCOE* 2000;5:285-98.
- Bagán JV, Lloria E, Jiménez Y, Pérez A. Leucoplasia verrucosa proliferativa. Presentación de siete casos. *Rev Eur Odonto-Estomatol.*1998;10:363-70.
- Dietrich T, Reichart PA, Scheifele C. Clinical risk factors of oral leukoplakia in a representative sample of the US population. *Oral Oncol* 2004;40:158-63.
- Bánóczy J, Gintner Z, Dombi C. Tobacco use and oral leukoplakia. *J Dent Educ* 2001;65:322-27.
- Napier SS, Speight PM. Natural history of potentially malignant oral lesions and conditions: an overview of the literature. *J Oral Pathol Med* 2008;37:1-10.
- Maserejian NN, Joshipura KJ, Rosner BA, Giovannucci E, Zavras AI. Prospective study of alcohol consumption and risk of oral premalignant lesions in men. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15:774-81
- Campisi G, Giovannelli L, Arico P, et al. HPV DNA in clinically different variants of oral leukoplakia and lichen planus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004;98:705-11.
- Van der Waal I, Axéll T. Oral leukoplakia: a proposal for uniform reporting. *Oral Oncol* 2002;38:521-526.
- Holmstrup P, Vedtofte, Reibel J, Stoltz K. Long-term treatment outcome of oral premalignant lesions. *Oral Oncol* 2006;42:461-74.
- Van der Waal I. Potentially malignant disorders of the oral and oropharyngeal mucosa; terminology, classification and present concepts of management. *Oral Oncol* 2009;45:317-23.
- American Cancer Society. Advisor Committee on Diet, Nutrition and Cancer Prevention; guidelines in diet, nutrition and cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA-A Cancer Journal for Clinicians* 1996;46:325-41.
- Doll R, Peto R. The causes of cancer: Quantitative estimates of avoidable risk of cancer in the United States today. *J Natl Cancer Inst* 1981;66:1191-1308.
- Tomatis L, Bartsch H. The contribution of experimental studies to risk assessment of carcinogenic agents in humans. *Exp Pathol* 1990;40:251-66.
- Gallucci CM, Tejerina Díaz L. La demanda de los servicios dentales en España. *Federación Dental Española. Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.* ESADE.2003.
- Guggenheimer J, Verbin RS, Johnson JT, Horkowitz CA, Myers EN. Factors delaying the diagnosis of oral and oropharyngeal carcinomas. *Cancer* 1989;64:932-5.
- Singh GD, McNamara JA, Lozanoff S. Morphometry of the cranial base in subjects with class III malocclusion. *J Dent Res* 1997; 76:694-703.



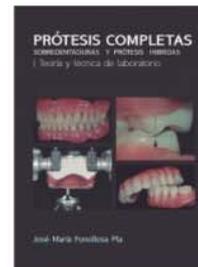
Cirugía Mucogingival asociada a las técnicas regen.
Carlo Tinti



Ortodoncia con excelencia: Logro de la perfección
J.Barbosa



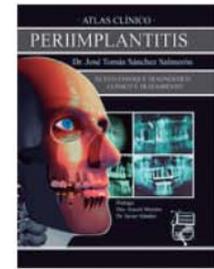
VENEERS: Reconstrucciones mínimamente invasivas
A. Sommella



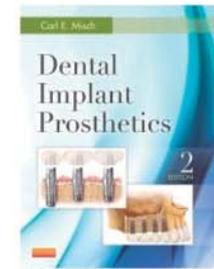
Prótesis competas: Sobredentaduras y prótesis híbridas
J.M. Fonollosa



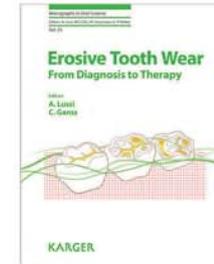
Tto. temprano versus tardío
L. D'Escrivan



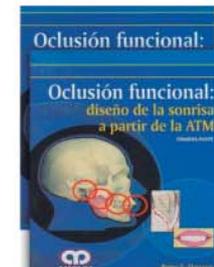
Atlas Clínico de Periimplantitis
J.T. Sánchez Salmerón



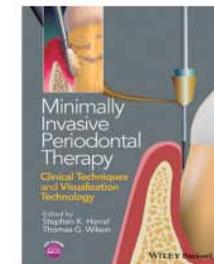
Dental Implant Prosthetics
Carl E. Misch



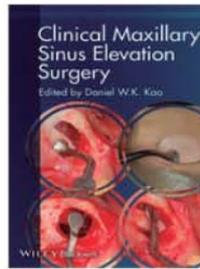
Erosive tooth wear from diagnosis to therapy
A. Lussi



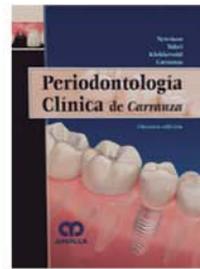
Oclusión funcional Diseño de la Sonrisa a partir ATM
P. Dawson



Minimally invasive periodontal therapy



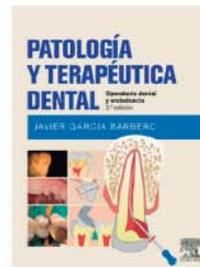
Clinical Maxillary Sinus Elevation Surgery
Daniel Kao



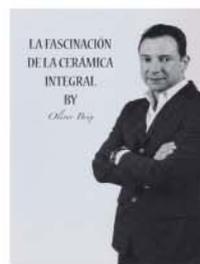
Periodontología Clínica de Carranza
Newman/Carranza



Rehabilitación oral: Previsibilidad y longevidad
W. Baptista



Patología y terapéutica dental
J. García Barbero



La fascinación de la cerámica integral - O. Brix



VINTANEL MORENO, CLARA-BELÉN

Máster en Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid

MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, NATALIA

Profesora del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid

MARTÍNEZ GONZÁLEZ, SANDRA

Profesora del Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Hospital Virgen de La Paloma. Madrid

ANDRÉS VEIGA, MARÍA

Profesora Asociada. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos

MARTÍNEZ- GONZÁLEZ, JOSÉ MARÍA

Profesor Titular de Cirugía. Facultad de Odontología. UCM

AGENESIA DE INCISIVOS LATERALES

REHABILITACIÓN CON PROCEDIMIENTO DE ESTÉTICA INMEDIATA

INTRODUCCIÓN

Las agencias dentales son definidas como la ausencia de uno o más dientes una vez que el individuo ha finalizado su desarrollo. Se presentan en un 1-2,5% de las poblaciones caucásicas y son causa de solución mediante la colocación de implantes inmediatos ⁽¹⁻²⁾.

El implante inmediato se describe como el procedimiento mediante el cual se coloca un implante en el mismo acto quirúrgico en el que se realiza la extracción del diente que va a ser sustituido ⁽³⁾. Actualmente este tratamiento se está convirtiendo en el tratamiento de elección, ya que se asocia a la preservación de la estructura ósea y la arquitectura gingival, como a la reducción del tiempo de tratamiento, algo que en la actualidad es muy demandado por los pacientes, consiguiendo unos mejores resultados funcionales y estéticos, viéndose éstos beneficiados ⁽³⁻⁵⁾.

Existe una variación de la carga inmediata, la “restauración o estética inmediata”, que puede definirse como un procedimiento que implica la restauración protésica en un plazo de 48 horas sin que exista oclusión con el diente antagonista ⁽⁶⁾. Este procedimiento se emplea para la restauración de ausencias de dientes unitarios o zonas edéntulas parcialmente, mostrando resultados satis-

factorios cuando la técnica quirúrgica y protésica son las correctas ⁽⁷⁻⁹⁾.

El objetivo de este trabajo es describir el protocolo que debe seguirse en carga inmediata mediante la confección de una prótesis acrílica provisional atornillada, en implantes inmediatos en agnesia de incisivos laterales.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 26 años de edad, sin antecedentes médicos relevantes, que acudió a nuestro Servicio por presentar movilidad en 52 y 62. Durante la exploración se observó una buena coloración de la mucosa, si bien la movilidad en ambos incisivos era muy acentuada (Figura 1). Se solicitó un estudio radiográfico mediante TAC en el que se confirma la agnesia de ambos incisivos laterales, y se informa al paciente sobre la posibilidad de rehabilitar con im-



FIGURA 1: ASPECTO CLÍNICO INICIAL DEL PACIENTE.

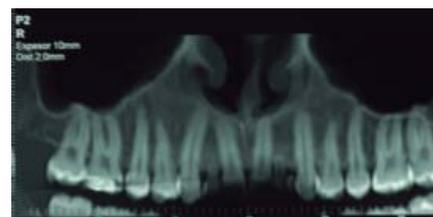


FIGURA 2: IMAGEN PANORÁMICA DEL TAC.

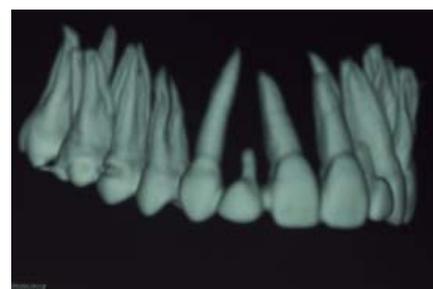


FIGURA 3: RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL.

plantes inmediatos e instauración protésica inicial con procedimiento de estética inmediata (Figuras 2 y 3).

Tras la firma del consentimiento informado, se procedió a la toma de impresiones para disponer de coronas provisionales previo a la intervención quirúrgica (Figura 4). La cirugía se realizó bajo anestesia local, realizándose la extracción de 52 y 62, y colocando de forma inmediata dos implantes TSA® Serie 3 (Phibo S.L. Sentmenat. España).

Con los implantes ya colocados, se procedió a la retirada de los transportadores y a la colocación de las pilares, sobre los que se acoplaron las cofias de plástico (Figuras 5 y 6). Éstas fueron fijadas mediante tornillos de laboratorio. Posteriormente, se procedió a la adaptación de los tejidos blandos y colocación de las coronas provisionales, fijándolas inicialmente con un relleno de resina acrílica mediante la ayuda de una jeringa fina. Durante el tiempo de fraguado de la resina, para evitar la adhesión de la misma a los tornillos de laboratorio, se fueron realizando movimientos antirotatorios de los mismos para de esta manera evitar que se adhiriesen pudiendo dificultar su posterior retirada. Una vez finalizado el tiempo de fraguado, los tornillos de laboratorio fueron sustituidos por tornillos de clínica. Para finalizar, se procedió al pulido y eliminación de las zonas con exceso de acrílico o con aristas, realizando finalmente un ajuste oclusal manteniendo ambas prótesis en anoclusión.

Las medidas postoperatorias que se siguieron fue la prescripción de ibuprofeno 600mg/8 horas v.o., así como el mantenimiento de una correcta higiene en la zona, con un cepillo quirúrgico, y de la realización de enjuagues de agua con sal. A esto añadimos la utilización de gel de CHX en la zona, para una correcta cicatrización. También se le explicó que era conveniente el mantenimiento de una dieta blanda durante el periodo de osteointegración de los implantes, e incluso evitar la función de ambas prótesis.

El paciente fue revisado semanalmente durante el mes posterior a la intervención con una evolución favorable (Figura 7). Posteriormente las revisiones clínicas se hicieron mensualmente hasta alcanzar los 3 meses en el que se solicitó un nuevo control radiológico, observándose una adecuada respuesta ósea (Figura 8).

A partir de este momento el paciente acudió de nuevo para la toma de impresiones y posterior rehabilitación definitiva con coronas individuales de zirconio (Figura 9). El paciente fue informado sobre el protocolo de seguimiento clínico y radiológico al año (Figura 10), encontrándose en la fecha actual de forma satisfactoria.



FIGURA 4: CONFECCIÓN DE CORONAS PROVISIONALES.



FIGURA 5: AJUSTE DE LA CORONA PROVISIONAL SOBRE EL 12.



FIGURA 6: AJUSTE DE LA CORONA PROVISIONAL SOBRE EL 22.



FIGURA 7: ASPECTO CLÍNICO A LOS 7 DÍAS DE TRATAMIENTO.

DISCUSIÓN

La región antero-superior representa unos condicionantes estéticos que hacen que no sólo la alta supervivencia de los implantes sea importante, sino que sea fundamental que la apariencia de los tejidos blandos sea armónica con la mucosa de los dientes adyacentes, obteniendo entonces el éxito completo de los implantes. Además, las zonas anteriores son más críticas en lo que se refiere a la duración del tratamiento, ya que los pacientes demandan que éste sea realizado en el menor tiempo posible, desde la colocación de los implantes hasta su posterior restauración con prótesis fija.

La reposición mediante implantes inmediatos consiste en la colocación de implantes postextracción, permitiendo la disminución de reabsorción del proceso alveolar tanto vertical como horizontalmente ⁽¹⁰⁾, y su rehabilitación mediante una prótesis estética inmediata nos permite obtener unos mejores resultados estéticos y funcionales ⁽¹¹⁾. El término de carga inmediata define a aquellos implantes sometidos a carga oclusal inmediatamente después de su colocación. Este periodo, dependiendo del autor, se encuentra entre las primeras 24-48 horas tras la colocación del implante ⁽¹²⁻¹⁴⁾.

La extracción debe realizarse de la manera más atraumática posible, ya que la conservación de la cortical

vestibular es imprescindible para la obtención de unos buenos resultados, pudiendo su fractura suponer el no poder colocar el implante en el mismo acto quirúrgico, como la realización de un correcto y minucioso cureteado del alveolo, eliminando cualquier tejido patológico que pudiera existir. Así mismo es imprescindible una correcta estabilidad primaria, que permita establecer un pronóstico favorable ⁽¹⁵⁾.

Finalmente, debe realizarse una correcta adaptación y ajuste de los márgenes de la prótesis, para de esta manera favorecer la preservación de las papilas y una correcta cicatrización de los tejidos blandos, permitiéndonos su remodelación para conseguir una estética favorable. De la misma manera debemos comprobar correctamente la oclusión en el momento de la carga inmediata, eliminando cualquier interferencia, para evitar la transmisión de fuerzas a los implantes, impidiendo una correcta osteointegración ⁽¹⁶⁾. Así mismo, se les debe explicar a los pacientes la necesidad de mantener una dieta blanda, con la consecuente reducción de la función las primeras semanas después de la cirugía, así como el mantenimiento de unas correctas normas de higiene ⁽¹²⁾.

Entre las diferentes situaciones en las que se encuentran indicados los implantes inmediatos podemos encontrar la sustitución de dientes con patologías sin posibilidad de trata-



FIGURA 8: CONTROL RADIOGRÁFICO A LOS 3 MESES.



FIGURA 9: ASPECTO CLÍNICO TRAS LA RESTAURACIÓN DEFINITIVA.



FIGURA 10: CONTROL RADIOGRÁFICO A LOS 12 MESES.

miento, como caries o fracturas, así como en el caso de la extracción de caninos incluidos o de dientes temporales. Éstos también estarían indicados en el caso de la extracción de dientes con patología apical crónica, en los que no se obtuviera mejora tras la realización del tratamiento endodóntico o de cirugía periapical ⁽³⁾. Por el contrario, éstos se encuentran contraindicados en el caso de que se presente un proceso inflamatorio periapical agudo, siendo considerada ésta una contraindicación absoluta para su colocación ⁽¹⁰⁾.

Originalmente se creía que la colocación prematura de un implante podía ocasionar una encapsulación fibrosa, resultando en el fracaso clínico. En la actualidad, hallazgos clínicos, radiológicos e histológicos, han demostrado que esta técnica es fiable ^(17, 18), considerándose igualmente la carga inmediata como un procedimiento predecible ^(19 - 21). No obstante, su supervivencia varía en función de los autores consultados, en 2011 Enríquez-Sacristán et al. realizaron un estudio meta-analítico de 659 implantes inmediatos post extracción, oscilando la tasa de supervivencia entre un 85 y un 100% ⁽⁴⁾.

CONCLUSIÓN

Los procedimientos de estética inmediata en la actualidad representan una nueva alternativa terapéutica en el campo de la Implantología. Una correcta exploración tanto clínica como radiológica nos permite obtener una predictibilidad similar a los tratamientos con cargas convencionales ●

BIBLIOGRAFÍA

1. de Rábago Vega JA, Sanz Alonso M. Manejo multidisciplinario de las agencias dentales. *Periodoncia: Sociedad Española de Periodoncia.*, 2003; 13(5): 399-412.
2. Jover Olmeda J. Tratamiento ortodóncico, implantológico y prótesis. Caso clínico de agenesia de un incisivo lateral e incisivo conoide contralateral. *Maxillaris: Actualidad profesional e industrial del sector dental.*, 2012; 152: 154-64.
3. Peñarrocha M, Uribe R, Balaguer J. Immediate implants after extraction. A review of the current situation. *Med Oral.* 2004 May-Jul; 9(3):234-42.
4. Enríquez-Sacristán C, Barona-Dorado C, Calvo-Guirado JL, Leco-Berrocal I, Martínez-González JM. Immediate postextraction implants subject to immediate loading: a meta-analytic study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2011; 16(7): 919-24.
5. Pascual Fernández B, Martínez Rodríguez N, Martínez González S, Fernández Domínguez M, Barona dorado C, Martínez-González JM. Protocolo de carga inmediata con implantes fibro post-extracción para rehabilitación de los sectores anteroinferiores. *Cient. dent.* 2013; 10; 2: 111-116.
6. Cochran DL, Morton D, Weber HP. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding loading protocols for endosseous dental implants. *Int J Oral and Maxillofac Implants* 2004; 19 (Suppl): 109-13.
7. Andersen E, Haanaes HR, Knutsen BM. Immediate loading of single tooth ITI implants in the anterior maxilla: a prospective 5-years pilot study. *Clinical Oral Implants Res* 2002; 13:281-7.
8. Morton D, Jaffin R, Webber HP. Immediate restoration and loading of dental implants: clinical considerations and protocols. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2004; 19: 103-8.
9. Carlsson GE et al. Changes in height of the alveolar process in edentulous segments II. *Sven Tandlak Tidsskr* 1969; 62:125-136.
10. Novaes-Junior AB, Novaes AB. Soft tissue management for primary closure inguided bone regeneration: surgical technique and case report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1997; 12:84-7.
11. de Jesus Tavarez RR et al. Atraumatic extraction and immediate implant installation: The importance of maintaining the contour gingival tissues. *Journal of International Oral Health.* Nov-Dec 2013; 5(6):113-8.
12. Goiato Met al. Clinical viability of immediate loading of dental implants: part I--factors for success. *J Craniofac Surg.* 2009 Nov; 20(6):2139-42.
13. Margossian P, Mariani P, Stephan G, Margerit J, Jorgensen C. Immediate loading of mandibular dental implants in partially edentulous patients: a prospective randomized comparative study. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2012 Apr; 32(2):e51-8.
14. Aparicio C, Rangert B, Sennerby L. Immediate/early loading of dental implants: a report from the Sociedad Española de Implantes World Congress consensus meeting in Barcelona, Spain 2002. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2003; 5(1):57-60.
15. Martínez-González JM, García-Saban F, Ferrandiz Bernal J, Gonzalo Lafuente JC, Cano Sánchez J, Barona Dorado C. Torque de desinserción y propiedades físico-químicas de implantes grabados con ácido fluorhídrico y nítrico. Estudio experimental en perros Beagle. *Med Oral Pat Oral Cir Bucal* 2006; 11(3):186-90.
16. Andrés Veiga M, Martínez González MJS, Martínez Rodríguez N, Fontalvo González R, Martínez-González JM. Procedimiento de estética inmediata en región anterior inferior. Presentación de un caso clínico. *Cient. Dent.* 2012; 9; 3: 205-210.
17. Sennerby L, Gottlow J. Clinical outcomes of immediate/early loading of dental implants. A literature review of recent controlled prospective clinical studies. *Aust Dent J.* 2008 Jun; 53 Suppl 1: S82-8.
18. Degidi M, Iezzi G, Perrotti V, Piattelli A. Comparative analysis of immediate functional loading and immediate nonfunctional loading to traditional healing periods: a 5-year follow-up of 550 dental implants. *Clin Implant Dent Relat Res.* 2009 Dec; 11(4):257-66. Epub 2008 Sep 9.
19. Kacer CM, Dyer JD, Kraut RA. Immediate loading of dental implants in the anterior and posterior mandible: a retrospective study of 120 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Nov; 68(11):2861-7.
20. Uribe R, Peñarrocha M, Balaguer J, Fulgueiras N. Immediate loading in oral implants. Present situation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2005 Jul 1; 10 Suppl 2: E143-53.
21. Castellon P, Blatz MB, Block MS, Finger IM, Rogers B. Immediate loading of dental implants in the edentulous mandible. *J Am Dent Assoc.* 2004 Nov; 135(11):1543-9; quiz 1621-2.

7-9 MAYO 2015
RECINTO GRAN VIA

www.forum-dental.es

#ForumDental    

European Dental Congress

En Forum Dental encontrará el mejor programa científico con los mayores exponentes de cada una de las disciplinas de la industria y sesiones específicas para las especialidades de: odontología, prótesis, higiene dental y logopedia. Contaremos, entre otros, con:



Sidney Kina

Estética Dental



Carles Torrecillas

Marketing
Dental



Miquel Terrasa

Economía
Fiscal



Rafael Calixto

Estética Dental



Enrico Steger

CAD/CAM para
Odontólogos



Y todo esto con una amplia oferta expositiva y novedades para cada necesidad. Infórmese en www.forum-dental.es

Global
Partners:

AVINENT®
Implant System

core3d
centres®

Coorganizadores
del Congreso:

COEC
Col·legi Oficial d'Odontologia i Farmacia de Catalunya

COPDEC
Col·legi de Logopedes de Catalunya

CP
Col·legi de Logopedes de Catalunya

AMÉN FERNÁNDEZ, M.

Alumna de 5º curso de la Facultad de Odontología, Universitat Internacional de Catalunya (UIC).

ORDOÑEZ VILÀ, M.

Profesora del Departamento de Clínica Integrada, Universitat Internacional de Catalunya (UIC).

LLUCH PÉREZ, A.

Director del Departamento de Clínica Integrada, Universitat Internacional de Catalunya (UIC).

RECONSTRUCCIÓN DIRECTA DE COMPOSITE EN SECTOR ANTERIOR

A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, la incidencia de los traumatismos dentales ha incrementado significativamente, en particular en el sector anterior de niños y adolescentes. La prevalencia media de las lesiones orales y dentales reportadas en la literatura oscila entre el 4 y el 33%, dependiendo del sexo y de la edad de los pacientes. Los factores que predisponen a la población más joven a sufrir un traumatismo dental incluyen la protrusión de los incisivos superiores y la incompetencia labial.

Los traumatismos de tejidos duros son los más frecuentes, seguidos de las lesiones de tejidos extraorales y por último, lesiones del hueso alveolar. El incisivo central superior es el diente más afectado y las fracturas coronales son las lesiones más prevalentes en dentición permanente.

Aunque hoy en día los traumatismos dentales son la segunda causa de atención odontopediátrica tras la caries, en un futuro muy cercano, la incidencia de las lesiones traumáticas constituirá el principal motivo de consultas.

Se han desarrollado diversas técnicas para restaurar incisivos fracturados a su forma y color original. El tratamiento de elección dependerá de diversos factores como pueden ser la afectación pulpar, el espacio biológico, el grado de desarrollo radicular, la erupción dental, lesiones secundarias, presencia o ausencia del fragmento, la oclusión y la estética, entre otros.

El objetivo de este caso clínico es describir la técnica de restauración directa de resina con el composite Ceram•X (Dentsply®).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta una paciente de sexo femenino de 9 años de edad que acude a la Clínica Universitaria de Odontología (Universitat Internacional de Catalunya) con el siguiente motivo de consulta: “No me gusta el diente de delante por-

que está roto”. Tras la anamnesis descubrimos que el diente se fracturó dos años atrás, debido a que la niña se cayó en el patio del colegio. No visitó a ningún odontólogo en ese momento y, ahora su demanda es puramente estética. Como antecedentes médicos de interés, nos comenta que padece trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) sin tratamiento.

Al examen clínico extraoral (Fig. 1), se puede apreciar una fractura coronal no complicada del 1.1.



FIGURA 1. FOTO FRONTAL Y TRES-CUARTOS INCISAL, FACIAL Y SONRISA.

En el examen radiográfico (Fig.2) se puede observar el recambio de dientes y la fractura en el diente 1.1.



FIGURA 2. ORTOPANTOMOGRAFÍA Y RADIOGRAFÍA PERIAPICAL 1.1.

La palpación y la percusión del 1.1. fueron asintomáticas, la movilidad y el sondaje fisiológico. Las pruebas de sensibilidad del incisivo central superior izquierdo respondió como una pulpa clínicamente sana.



FIGURA 3. FRACTURA CORONAL NO COMPLICADA EN 1.1.



FIGURA 4. TOMA DE COLOR CON LA GUÍA DE COLORES DENTSPLY®.



FIGURA 5. ENCERADO DIAGNÓSTICO 1.1.



FIGURA 6. AISLAMIENTO ABSOLUTO.

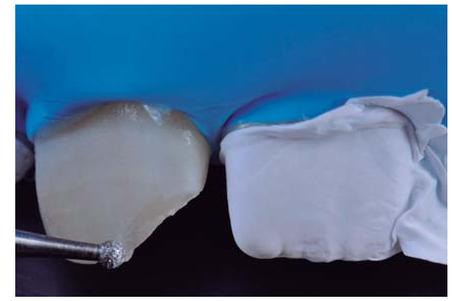


FIGURA 7. DISEÑO DEL BISEL Y PROTECCIÓN DEL DIENTE ADYACENTE.

Diagnosticamos una fractura coronal no complicada (afectación de esmalte y dentina sin afectación pulpar) en 1.1. (Fig.3) según la clasificación de Andreasen. Como tratamiento propusimos una restauración directa con el composite Ceram•X de Dentsply®.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó la toma de color con la guía de colores Dentsply®. Los colores elegidos fueron E2 para simular el esmalte y D1 y D2 para dentina (Fig.4).

Se tomaron impresiones de alginate y se vaciaron para obtener los modelos de yeso. Con ellos hicimos el encerado diagnóstico (Fig.5) para reproducir la situación final deseada y a partir del cual confeccionamos una llave de silicona.

En la siguiente visita, realizamos un aislamiento absoluto del campo operatorio. Colocamos un dique de goma de 1.3. a 2.3., anudado con hilo dental, (Fig.6) fue un poco complicado debido a la semi-erupción de los dientes.

Seguidamente preparamos la superficie dentaria. Para ello, diseñamos un bisel ondulado con una fresa redonda de diamante, para disimular la transición entre el diente y la futura restauración. También prote-

gimos el diente adyacente con teflón (Fig.7).

El siguiente paso fue grabar con ácido ortofosfórico al 37% el esmalte durante 30 segundos y la dentina 15 segundos (Fig.8). Lavamos y secamos sin desecar, para no colapsar los túbulos dentinarios.

Aplicamos el adhesivo Excite® (Ivoclar Lichstenstein) siguiendo las instrucciones del fabricante: aplicación durante 20 segundos (Fig.9), secar sin desecar para evaporar el solvente, aplicamos de nuevo una segunda capa de adhesivo y secamos sin desecar y lo fotopolimerizamos durante 20 segundos más.

Mediante la llave de silicona confeccionada a partir del encerado diagnóstico, reconstruimos la pared palatina con color E2. Luego, estratificamos las capas de composite usando los colores D2 y D1 de Dentsply para crear el cuerpo de la dentina y los mamelones. Posteriormente colocamos la última capa de esmalte en la superficie vestibular también con E2. (Figs.10, 11 y 12).

Una vez terminado, con papel de articular comprobamos la macroanatomía y la textura (Fig.13). La retocamos con fresas carburo de tungsteno y piedra de Arkansas.

Para finalizar, pulimos con pasta de pulido Enhance® (Dentsply) de

grano grueso hasta una de grano fino mediante copa de goma. También pulimos el diente adyacente para mimetizar al máximo la restauración (Fig.14).

El resultado final de la restauración directa de composite Ceram•X® (Dentsply) a las 2 semanas, donde se puede apreciar la excelente forma de la restauración y el perfecto color. (Fig.15).

DISCUSIÓN

Autores como DiAngelis y Andreasen¹ coinciden en que el tratamiento de las fracturas coronales no complicadas es la restauración directa de composite o la adhesión del fragmento roto. En este caso escogimos realizar la restauración directa de composite ya que la paciente no disponía del fragmento fracturado. En caso de urgencia y como tratamiento provisional, se tienen que suavizar los ángulos y sellar la dentina expuesta, ya sea con adhesivo dentinario o cubrirla con ionómero de vidrio. También coinciden en que se deben realizar, como mínimo, visitas control a las 6-8 semanas y al año del traumatismo.

Cabe recordar que la paciente padecía trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Altun y cols, en su estudio afirman

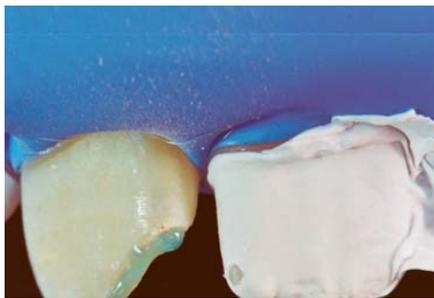


FIGURA 8. GRABADO CON ÁCIDO ORTOFOSFÓRICO AL 37%.



FIGURA 9. APLICACIÓN DEL ADHESIVO EXCITE®.



FIGURA 10, 11 Y 12. ESTRATIFICACIÓN CAPAS DE COMPOSITE.

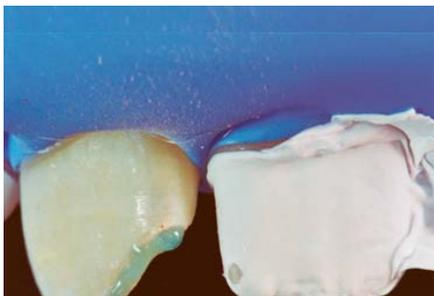


FIGURA 13. COMPROBAMOS MACROANATOMÍA.

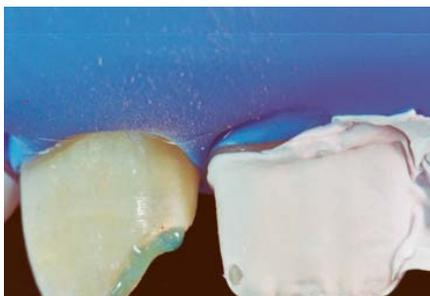


FIGURA 14. PULIDO CON PASTA ENHANCE®.



FIGURA 15. RESULTADO FINAL A LAS 2 SEMANAS.

que la hiperactividad y las habilidades motoras pobres, aumentan el riesgo de traumatismos. La niña estaba sin tratamiento, lo cual nos suponía una dificultad añadida a la hora de tratar el caso ya que los niños con esta patología necesitan una atención especial.

CONCLUSIONES

Destacar el fácil y sencillo manejo del composite Ceram•X System® (Dentsply) mediante la técnica de estratificación por capas con el composite para esmalte y dentina. Gracias a las nanopartículas del composite usado, conseguimos un buen pulido final y una interfase perfecta e invisible; propiedades fisicomecánicas ideales para las restauraciones anteriores.

Conseguimos fácilmente resultados óptimos con el composite Ceram•X System® (Dentsply), el cual proporciona una excelente estética. Sistema óptimo para realizar restauraciones en el sector anterior •

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreassen JO, Lauridsen E, Gerds TA, Ahrensburg SS. Dental Trauma Guide: A source of evidence-based treatment guidelines for dental trauma. *Dental Traumatology* 2012; 28: 345-350.
2. Borssén E, Källestal C, Holm A-K. Traumatic dental injuries in a cohort study of 16-year-olds in northern Sweden. *Endodon Dent Trauma*, 1997;13:276-80.
3. Skaare AB Jacobsen I. Dental injuries in Norwegians aged 7-18. *Dent Traumatol* 2003; 19:67-71.
4. Canackci V, Akgul HM, Akgul,N, Canackci HF. Prevalence and handedness correlates of traumatic injuries to the permanent incisors in 13-17 year-old adolescents in Erzurum,Turkey. *Dent Traumatol* 2003; 19: 248-54
5. Tovo MF, dos Santos PR, Kramer PF, Feldens CA, Sari GT. Prevalence of crown fractures in 8-10 years old schoolchildren in Canoas, Brazil. *Dent Traumatol* 2004; 20: 251-4.
6. Osuji OO. Traumatized primary teeth in Nigerian children attending University Hospital: The consequence of delays in seeking treatment. *Int Dent J* 1996; 46:165-70.
7. García-Ballesta C, Pérez-Lajarán L, Castejón-Navas I. Prevalencia y etiología de los traumatismos dentales. Una revisión. *RCOE* 2003; 8(2):131-41.
8. Boj JR, Catalá M, García-Ballesta C, Mendoza A. *Odontopediatría*, 1ª ed. Barcelona: Editorial Masson, 2004.
9. DiAngelis AJ, Andreassen JO, Ebeleseder KA, Kenny DJ, Trope M. International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dent Traumatol*. 2012, 28:2-12
10. Altun C, Guven G, Akgun OM, Acikel C. Dental injuries and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Spec Care Dentist* 32(5): 184-189, 2012.
11. Sujlana A, Dang R. Dental Care for Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *J Dent Child* 2013;80(2):67-70.

Eficacia y sencillez
en perfecta **armonía**



wave • **one**[®]
GOLD



Una única lima para conformar el conducto

pro • glider[®]



Una única lima para crear el "glide path"



Las reglas fiscales de la retribución del socio en las sociedades profesionales

EN TRIBUNA: JAVIER RELINQUE

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

El 1 de enero de 2015 entró en vigor una nueva redacción del art. 27.1 de la Ley 35/2006 que regula el IRPF. Esta norma fija la fórmula de tributación de las retribuciones que perciben los socios de las sociedades profesionales.

Teniendo en cuenta que el ejercicio del odontólogo es una actividad profesional, esta reforma toca de lleno a las clínicas que ejercen la actividad bajo una sociedad.

Efectivamente, el nuevo párrafo tercero del artículo 27.1 de la Ley IRPF impone que los rendimientos obtenidos por un socio en una sociedad que lleve a cabo una actividad profesional debe tributar como “rendimiento de actividad económica”, siempre que dicho socio esté incluido, o deba estarlo, en el régimen de autónomos de la Seguridad Social (en adelante, RETA) o en una de las llamadas Mutualidades de Previsión Social alternativa.

Es decir, que la actividad profesional que ejerce un socio de una sociedad que desarrolla una actividad profesional –por ejemplo, una clínica odontológica–, ya no podrá ser retribuida mediante una nómina, ni tributar como “rendimiento del trabajo personal” si el socio debe estar incluido en el RETA.

Ahora bien, **¿quién debe estar incluido en el RETA?**

Pues bien, está obligado a incluirse en el RETA quien ejerza las funciones de dirección y gerencia propias del administrador, o preste servicios retribuidos para una sociedad mercantil, de forma personal, habitual y directa, siempre que, en ambos casos, se posea el control efectivo, directo o indirecto, de la sociedad. Y ahí está la clave: el control efectivo de la sociedad y, por tanto, la inclusión en el RETA.

Y **¿cuándo se entiende que se posee el control efectivo de la sociedad?** Pues, en todo caso, y sin ad-

mitir prueba en contrario, cuando el trabajador sea titular del 50% o más del capital social de la sociedad.

No obstante, también se presume por la Ley que se posee el control efectivo de la sociedad, y por tanto, deberá estar dado de alta en el RETA, cuando se dé alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Al menos el 50% del capital social de la sociedad para la que presta sus servicios el trabajador (socio o no), esté distribuido entre socios con los que conviva, y a quienes se encuentre unido por vínculo conyugal o de parentesco.
- b) La participación del trabajador-socio sea igual o superior a un 33,33% del capital social.
- c) La participación en el capital social del socio sea igual

o superior al 25% del capital social, si tiene atribuidas funciones de gerencia y dirección de la sociedad.

Visto lo anterior, el encuadre en el RETA o no, marcará la pauta de la tributación de las retribuciones de quien trabaja en una sociedad de actividad profesional, pues la Agencia Tributaria, siempre voraz con el dinero ajeno, ya ha marcado unos criterios que conviene saber:

A partir del 1 de enero de 2015, los rendimientos obtenidos por los socios como consecuencia de los servicios profesionales que presten a sus sociedades generarán “rendimientos de actividades económicas-profesionales” cuando estos socios estén incluidos en el RETA. Rendimientos éstos que conllevarán su retención del 19% con carácter general.

Si el socio percibe rendimientos, tanto por estos servicios profesionales como por su condición de administrador, sólo los servicios profesionales se calificarán como actividades económicas-profesionales en el IRPF, siendo así que las retribuciones derivadas de su condición de administrador serán consideradas como “rendimientos

“
*A nosotros,
los contribuyentes, nos
toca únicamente eso,
trabajar, estudiar
y defendernos.*”

del trabajo personal”. Y en este punto debemos tener en cuenta que para la sociedad ese gasto de retribución que abona al administrador por su labor de gerencia y dirección será deducible en el Impuesto sobre Sociedades, siempre que los estatutos determinen que el cargo de administrador es retribuido, sin descuidar su alta retención a cuenta del IRPF (37% con carácter general, y del 20% si la cifra de negocios es inferior a 100.000€).

Teniendo en cuenta que en muchísimas sociedades los estatutos indican que el cargo de administrador es gratuito, en ese caso, el gasto que realice la sociedad por el pago de la retribución al administrador NO SERÁ DEDUCIBLE en el Impuesto sobre Sociedades (IS), y la liquidación por inspección de los últimos 4 años está servida a favor de nuestra insaciable Hacienda.

Y entonces, el socio de una sociedad de odontología ¿cómo tributa?

Si no trabaja en la sociedad ni es administrador, tributará por los beneficios o dividendos que le conceda aquélla.

Si trabaja en la sociedad y –según las reglas arriba dichas– debe encuadrarse en el RETA, su retribución por su actividad profesional debe ser mediante factura que él emitirá a la Sociedad, y por tanto tributará como rendimiento de actividades económicas en IRPF, siendo esa retribución un gasto deducible para la sociedad en el IS.

Si, por el contrario, la relación entre socio y sociedad debe configurarse como contrato laboral perteneciente al régimen general de trabajador por cuenta ajena, dicho socio-trabajador percibirá una nómina ordinaria como cualquier trabajador de otra sociedad.

¿Y si ese socio-trabajador es además administrador de la sociedad y sólo cobra por la actividad profesional? La respuesta es la misma: depende de si debe o no estar encuadrado en el RETA.

Esa es –a nuestro juicio– la clave de este galimatías tributario que persigue la mera confiscación dineraria de las actividades profesionales (que han hecho –y harán–

los gobiernos de todos los colores): la inclusión o no en el RETA del socio que trabaja para la sociedad profesional.

Que la Agencia Tributaria cambiará las reglas del juego si ve que no recauda lo previsto en sus inspecciones, está claro; que esto conllevará contradicciones con las demás reglas en materia de IVA, Seguridad Social y Derecho Mercantil, también es claro. Que habrá que acudir a los tribunales, carente de medios mínimos, pues también es evidente.

Pero eso a la Administración (farisea “maestra” de la Ley) le da igual. Lo importante es liar a los contribuyentes y recaudar.

El PP puede tener su caja “B”; el gobierno “chavista” del PSOE andaluz puede, donde gobierne, repartir los millones de euros destinados a los parados entre sus amiguets del partido; pero si el contribuyente yerra en esa zancadilla y maraña de reglas y contra-reglas, ¡zas!, ahí está Hacienda y la Seguridad Social para dar su zarpazo a la economía familiar.

La “podemización” es mucho más antigua de lo que nos pensamos, la diferencia está sólo en la coleta. A nosotros, los contribuyentes, nos toca únicamente eso, trabajar, estudiar y defendernos ●



Cómo convencer al paciente

EN TRIBUNA: DANIEL IZQUIERDO HÄNNI

[DIRECTOR DE MARKETING Y ESPECIALISTA EN COMUNICACIONES.

PARA MÁS INFORMACIÓN: WWW.SWISSDENTALMARKETING.COM]

Se entiende perfectamente que para la gran mayoría de los dentistas la palabra “vender” es una expresión non grata, al fin y al cabo uno es médico especialista y no un comercial de poca monta. A pesar de ello, uno de los objetivos de la conversación con el paciente consiste en conseguir la aprobación de un tratamiento y la aceptación de un presupuesto, y eso no es otra cosa que una venta.

Con excepción de las compras impulsivas –como los chicles que se meten en la cesta de la compra mientras que se está haciendo cola en la caja del supermercado– la venta no es un acto aislado sino el resultado de una cadena argumentativa. Y como cualquier cadena, ésta sólo es tan fuerte como su eslabón más flojo. Es pues importante dialogar con el paciente de tal forma que cada paso, cada argumento y cada aspecto esté perfectamente explicado y aclarado, no importa lo insignificante que pueda parecer al profesional de la odontología.



La técnica de venta más popular en todo el mundo es sin duda alguna la que lleva el nombre de la ópera más famosa de Giuseppe Verdi: AIDA. Se trata de una abreviación

de las cuatro palabras **atención, interés, deseo y acción**, describiendo con ello las fases fundamentales de la cadena argumentativa. Se trata pues de conseguir primero la atención del paciente por el problema que pueda tener,

“ *Una duda pendiente, no importa que sea mínima o insignificante, puede ser aquel eslabón flojo que hace que reviente la cadena argumentativa.* ”

ya que a menudo éste no es consciente de ello. El ejemplo clásico es la Gingivitis, al que muchos pacientes quitan importancia, sin saber que es una razón para la pérdida de dientes. El segundo y tercer paso consisten en aprovechar la atención conseguida para crear un interés personal por el problema y transformarlo en un verdadero deseo de resolver dicho problema. Conseguida esta motivación del paciente, se trata de recibir el visto bueno concretando precios y fechas de la intervención, como cuarto paso.

El problema de AIDA en la odontología es que a menudo se queda corto. Cuatro pasos no son suficientes para cubrir el gran abismo de conocimientos sobre la salud bucodental que suele existir entre un paciente y su dentista. Una duda pendiente, no importa que sea mínima o insignificante, puede ser aquel eslabón flojo que hace que reviente la cadena argumentativa.

ASEGURAR PASO A PASO

Para asegurar al cien por cien el diálogo y la argumentación hacia el paciente es recomendable seguir un protocolo

lo bien definido. Uno de estos protocolos especialmente elaborados para las clínicas dentales se denomina **Eight Steps of Convincing Patient Communication** (ocho pasos de la comunicación convincente con el paciente).

Puede que cada uno de los pasos parezca lógico y obvio, pero se trata de asegurar que el paciente haya entendido cada aspecto al cien por cien y que pueda enlazar así argumento con argumento.

Paso 1: Sólo un paciente bien informado puede entender que tiene un problema. A menudo el paciente no se atreve a expresar las dudas que tiene, sea por respeto o por miedo a quedar mal.



Paso 2: Sólo un paciente consciente de su situación entenderá que tiene que solucionar el problema. Saber de la existencia de un problema a menudo no es suficiente para querer solucionarlo. Es, por lo tanto, tarea de los profesionales de la odontología explicar al paciente las consecuencias y motivarle para querer solucionar el problema.

Paso 3: Sólo un paciente que entiende que tiene un problema y que quiere solucionar éste será capaz de entender realmente el tratamiento con todas sus consecuencias y en toda su envergadura.

Paso 4: Sólo este paciente será capaz de apreciar y valorar el trabajo que es realizado por la clínica dental. Uno de los grandes problemas de la odontología consiste en que los pacientes no saben apreciar la cantidad de trabajo, personal, formación, experiencia y aparatología que hacen falta para realizar un tratamiento.

Paso 5: Sólo el paciente que sepa valorar el trabajo realizado por los profesionales de la clínica será capaz de confiar plenamente en su dentista.

Paso 6: Sólo el paciente que confía en su dentista está dispuesto a invertir su tiempo y su dinero en el tratamiento recomendado. Llegado a este punto el paciente entenderá que no se trata de un gasto, sino de una inversión en su salud, en su bienestar.

Paso 7: Sólo este paciente cuestionará menos el precio y aceptará con mayor consentimiento el presupuesto. Esto no significa que no se fije en el dinero, pero contrarrestará los costes con la cadena de argumentos desarrollada hasta el instante. Si cada uno de estos pasos ha sido realizado de forma satisfactoria la aceptación del presupuesto no será más que una consecuencia lógica.

Paso 8: Sólo el paciente que ha llegado hasta el paso número siete podrá transformarse en un embajador que fomenta la propaganda boca-a-boca ●

En “publicaciones/herramientas de trabajo” de la página web www.swissdentalmarketing.com se encuentra, listo para su descarga gratis, el protocolo “Eight Steps of Convincing Patient Communication”.



Cómo mantener a tu equipo motivado y productivo en tu clínica dental



EN TRIBUNA: ROS MEGÍAS

[CONSULTORA EN MARKETING SANITARIO EN BRAND&HEALTH]

Cualquier gerente que se precie, sabe perfectamente que un equipo desmotivado y que no valore su trabajo, puede representar la ruina del negocio. En una clínica dental las cosas funcionan exactamente igual. Tus empleados y tus pacientes son los pilares de tu negocio. Desde la recepcionista que da la bienvenida a tus pacientes hasta tu higienista: cuando un empleado no se siente motivado por su trabajo, se nota. Los pacientes perciben esa apatía, y salen por la puerta para nunca volver. Y eso, en el ambiente económico en el que vivimos, no te lo puedes permitir.

7 CLAVES PARA MANTENER MOTIVADO A TU EQUIPO.

¿Cómo consigues que tus empleados vengan a la clínica con una sonrisa dibujada en la cara cada día?

1. Haz que se sientan “propietarios” de su trabajo.

El sentido de “propiedad” viene acompañado de un sentido de responsabilidad. Cuando una persona tiene la sensación de que “esto es mío” y de que el trabajo de todo el equipo de la clínica es importante, la satisfacción del paciente pasa a ser algo primordial.

Una manera de inspirar este sentimiento es hacer todo lo posible para que cada persona del equipo se familiarice con la labor de los demás. De esta manera, cada uno de ellos acabará por darse cuenta de que forman parte de un puzzle, y de que todas las piezas son igual de importantes: desde la recepcionista hasta la auxiliar.

2. Permíteles que salgan de su zona de confort.

Hoy en día, son pocos los empleados que se sienten felices repitiendo la misma labor una y otra vez hasta el día de su jubilación.

Por eso, no debes tener miedo a ofrecerles nuevas responsabilidades que les permitan crecer, tener más confianza en sus habilidades, y sentirse como una parte valiosa de ese puzzle.

¿Que eso puede afectar a tus niveles de productividad? Tal vez, pero se verán mucho más afectados si tienes que lidiar con empleados quemados o aburridos que te abandonan cada dos por tres. Eso, créeme, sí que es un grave problema para la productividad de tu clínica.

3. Mantenles informados.

Ponte en su piel. Imagínate lo que es venir a trabajar cada día, haciendo siempre lo mismo, y no saber si el trabajo que haces está causando un impacto: si la clínica va bien, si los pacientes están felices con el trabajo que haces, si hay previstas renovaciones, mejoras o ampliaciones de la clínica, nuevas incorporaciones de personal, etc.

Por otro lado, si les mantienes siempre informados, refuerzas el sentimiento de que ellos son una parte importante de la organización, que valoras el papel que desempeñan y que cuentas con ellos en el futuro lejano.

“

No debes tener miedo a ofrecerles nuevas responsabilidades que les permitan crecer, tener más confianza en sus habilidades y sentirse como una parte valiosa de ese puzzle.

”

4. Trátalos como adultos.

En cualquier negocio, en un momento dado, va a haber momentos difíciles: una queja de un paciente, un error al entregar un presupuesto, el despido de una persona del equipo, etc.

En cualquier caso, trata siempre a tu personal de manera directa y con respeto, y habla con ellos con la confianza que se merecen. Te sorprenderá ver lo bien que responde la gente cuando se le trata con honestidad y buenas maneras.

Y cuando el resto del equipo vea que en tu clínica las cosas se gestionan con propiedad y respeto, se sentirán mucho más motivados por trabajar con alguien como tú.

5. El dinero motiva (pero no tanto como crees).

Sí, un sueldo por encima del promedio les va a mantener motivados los primeros meses.

Pero en cuanto caigan en una rutina que no les inspire, verás a qué velocidad disminuyen sus niveles de productividad.

La motivación no viene únicamente de sus ingresos a final de mes, sino de los factores a los que me he referido en los apartados anteriores: su sentido de propiedad del trabajo que hacen, la oportunidad de aprender y de contribuir a lo que les ofrezcas, y la sensación de ser una parte valiosa de un equipo.

6. Identifica la fuente de la pérdida de motivación.

¿Tienes un equipo que constantemente encuentra excusas para no venir a trabajar?

Hay que hacer algo. Ya.

El primer paso para motivar a una persona que ha perdido el interés por su trabajo es identificar la razón del cambio de comportamiento.

Es fácil atribuir el problema al aburrimiento o a la pereza, pero lo más probable es que se esconda otro problema más importante bajo la superficie. Por ejemplo:

1. Pérdida de visión: si por cualquier razón, esa persona ha dejado de creer en la misión de la clínica, dejará de preocuparse por la calidad de su trabajo. Evalúa los cambios recientes en la dirección de tu empresa o en tu equipo, y pregúntate si pueden haberle afectado directamente.

2. Pérdida del sentido de propiedad: tal vez esa persona siente que ha dejado de tener control sobre sus funciones y objetivos, o a raíz de la llegada de otro empleado, o de otro tipo de cambios que hayas implementado recientemente.

3. Problemas personales: Aunque se nos ha repetido una y otra vez (“deja los problemas personales en casa!”), es poco realista suponer que nuestra vida personal no tenga ningún impacto en nuestro desempeño profesional. Si tu empleado no se siente suficientemente cómodo para confiar sus problemas de salud o familiares contigo, y encontrar soluciones juntos, su motivación y su productividad caerán en picado. No lo dudes.

7. Estableced metas. Juntos.

No te preocupes, no está todo perdido. Aún puedes recuperar a esa persona que ha perdido las ganas de levantarse cada mañana, y venir a trabajar todo el día con el resto de tu equipo en la clínica.

¿Cómo? Hay muchas maneras, pero una de ellas es crear metas juntos. Eso sí, recuerda:

1. Crea metas claras, con plazos claramente delineados. Los objetivos concretos con plazos firmes promueven un sentido de urgencia en su productividad, y aumentan la responsabilidad entre los miembros del equipo.

2. Reconoce su progreso, ofréceles elogios cuando sean merecidos, y recompensa sus logros.

¿Qué te parece? Es sentido común y parece sencillo, ¿verdad? Pero cuántas veces olvidamos que el problema de la falta de motivación suele germinar en nuestras propias acciones, y no en la pereza del empleado.

Somos un equipo, tenlo siempre presente ●

Ros Megías. Consultora en Marketing Sanitario en Brand&Health. Licenciada en Odontología. Posgrado en Planificación y Dirección de Recursos Humanos. Máster Ejecutivo en Community Management y Gestión de Redes Sociales en la Empresa.



Los hombres temen más la visita al dentista que las mujeres

UN EQUIPO DE EXPERTOS EN ESTADÍSTICA DE BEST QUALITY DENTAL CENTERS (BQDC) REVELA QUE LAS MUJERES ENTRE 36 Y 46 AÑOS ACUDEN MÁS AL DENTISTA, FRENTE A LOS HOMBRES QUE NO SÓLO VAN MENOS, SINO QUE TIENEN MÁS MIEDO A LA HORA DE SENTARSE EN LA SILLA DEL DOCTOR.

El estudio se ha realizado mediante encuestas en 24 provincias de España y Portugal.

Los investigadores aseguran que el 76% de los entrevistados afirma tener un dentista al que acude al menos una vez al año, frente al 26% que no va en todo el año. La franja de edad más responsable con su salud dental es de entre 36 y 46 años. Sorprendentemente, los mayores de 60 representan la franja de población que no cuentan con dentista regular.

Esta cifra supone 31,70 % de personas mayores que no visita el dentista, siendo Cantabria, Castilla León y Comunidad Valenciana las comunidades autónomas más representativas de este dato, según se asegura en este trabajo.

Sin embargo, los responsables del estudio han constatado que en las mujeres hay una mayor conciencia de prevención y preocupación por su salud oral.



PRECIO Y MIEDO AL DENTISTA

Según el estudio, esto se deberá al precio de los tratamientos, con un promedio del 28,80 % como motivo principal para no ir, y en un 18,60 % el miedo, entre otros, al temido torno y explorador dental.

En cuanto al coste, nuevas cadenas de clínicas están ofreciendo precios de derribo para que los tratamientos dentales sean asequibles para un mayor número de segmentos de la población. Sin embargo, los colegios de odontólogos advierten de que muchas de estas ofertas "low cost" no sólo pueden suponer un riesgo para la calidad asistencial, sino para la salud del paciente.

Por otro lado, el número de personas que consideran que no necesitan ir al dentista es elevado. Un 10,5% de los encuestados afirma que las visitas periódicas no son necesarias, siendo Cantabria, Asturias y País Vasco las comunidades con un mayor número de participantes que

llevan hasta 3 años sin acudir al dentista. En cambio, en comunidades como Andalucía o Galicia, más del 50% de la población sí ha acudido en los últimos 6 meses al especialista.

Las cifras respaldan ampliamente que existe una relación positiva entre las personas que acuden al dentista con más frecuencia, y las que tienen seguro dental, según BQDC.

EL DOCTOR ME INSPIRA CONFIANZA

El estudio ha utilizado herramientas de medición para determinar la importancia que da el paciente a cuestiones como la calidad técnica, amabilidad y las medidas higiénicas. Las respuestas de los encuestados muestran que las personas que acuden al dentista y lo recomiendan tiene más que ver con la amabilidad y disposición del personal que con los aspectos estructurales de la clínica •



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

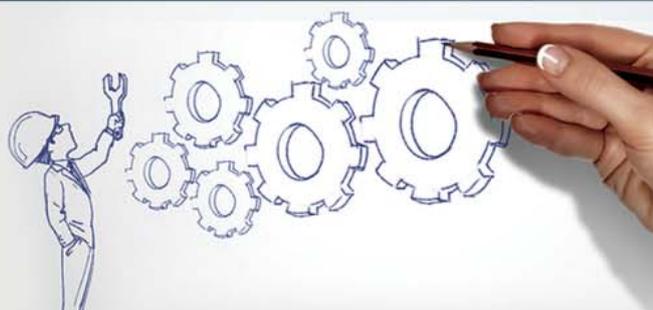


BBDD

+200.000
Direcciones

Proyectos a medida

Nacionales y Extranjeros



A scenic view of Basel, Switzerland, featuring the Rhine River, a stone bridge, and the city skyline under a sunset sky. The sky is filled with soft, golden clouds, and the water reflects the warm light. The city buildings, including a prominent church spire, are visible in the background. The foreground shows the calm water of the river and the stone bridge with its arches.

Basilea,

un paseo por el corazón de Suiza



No es fácil definir la ciudad de Basilea con una única palabra. Nombres como «capital cultural de Suiza» o «ciudad universitaria» son algunos de los apelativos más comunes para una ciudad rica en cultura, historia y espacios únicos para el visitante.



BASLER MÜNSTER.

Basilea, la capital del semi-Cantón de Basilea-Ciudad, se encuentra en el recodo renano en el noroeste de Suiza. El cantón colinda con Alemania y Francia, y forma parte de la Euro-Región Alto Rin que se extiende sobre territorio suizo, alemán y francés.

La ciudad de Basilea tiene sus orígenes en la colonia romana Augusta Raurica (hoy Augst) y un campamento militar romano. En el año 740 se hizo sede de un obispado. Su primer puente sobre el Rin fue construido en 1225-26. En 1356 gran parte de la ciudad fue destruida por un terremoto. La universidad —la más antigua de Suiza— fue fundada en 1460, e impulsó la conversión de la ciudad en un centro de erudición y de la cultura en Europa. Basilea ingresó en la Confederación Suiza en el año 1501.

El Rin, elemento omnipresente de la ciudad

El Rin divide la ciudad en dos partes: Gran Basilea (Grossbasel) se encuentra en la orilla izquierda, y Basilea Pequeña (Kleinbasel) en la orilla derecha del Rin.

La ciudad no es sólo un eje importante de la red ferroviaria europea y el centro de la sección cargo de los Ferrocarriles Federales Suizos, también dispone de un aeropuerto internacional (EuroAirport) que comparte con la ciudad alsaciana Mulhouse, y la localidad alemana de Friburgo, de Brisgovia. Gran parte del aeropuerto está construido sobre territorio francés. Pero también los cuatro puertos renanos son de gran importancia para el comercio transnacional.

El río es el hilo conductor por el que transcurre la vida de la ciudad y donde se desarrollan numerosas actividades de ocio. Desde tiempos ancestrales el Rin ha sido la puerta al mar y una importante ruta comercial. Los barcos mercantiles que suben desde Rotterdam, en Holanda, hasta el último puerto navegable en las afueras de Basilea forman parte de la imagen de esta ciudad. Desde Basilea parten también los cruceros fluviales que, durante tres días, siguen el río hasta su embocadura en los Países Bajos.

Uno de los puntos más destacados para gozar de una vista inolvidable sobre el Rin y la ciudad se encuentra en el mirador llamado “Pfalz”, que se encuentra detrás de la catedral de Basilea. Desde este punto se dejan contemplar las dos partes de la ciudad: en la orilla de enfrente se encuentra el “Kleinbasel”, la Basilea menor, mientras que el casco antiguo con la catedral como punto más alto se encuentra en la Basilea mayor, el “Grossbasel”. La forma más típica de cruzar de un lado de la ciudad a la otra es cogiendo uno de los históricos transbordadores llamados “Fähri”. Son pequeños barquitos de madera que, fijados a un cable de acero, unen una orilla con la otra.

Los callejones más pintorescos de Basilea se encuentran subiendo y bajando las dos pequeñas colinas que caracterizan el centro de Basilea, cuyo corazón es la plaza del mercado. Aquí se encuentra también uno de los edificios más emblemáticos de la ciudad, el “Rathaus”. El histórico ayuntamiento destaca no solo por su torre, sus almenas y sus murales, sino también por su color rojo. Esta misma piedra arenisca también caracteriza a la catedral de Basilea, el “Münster”, desde cuyas torres se tienen impre-

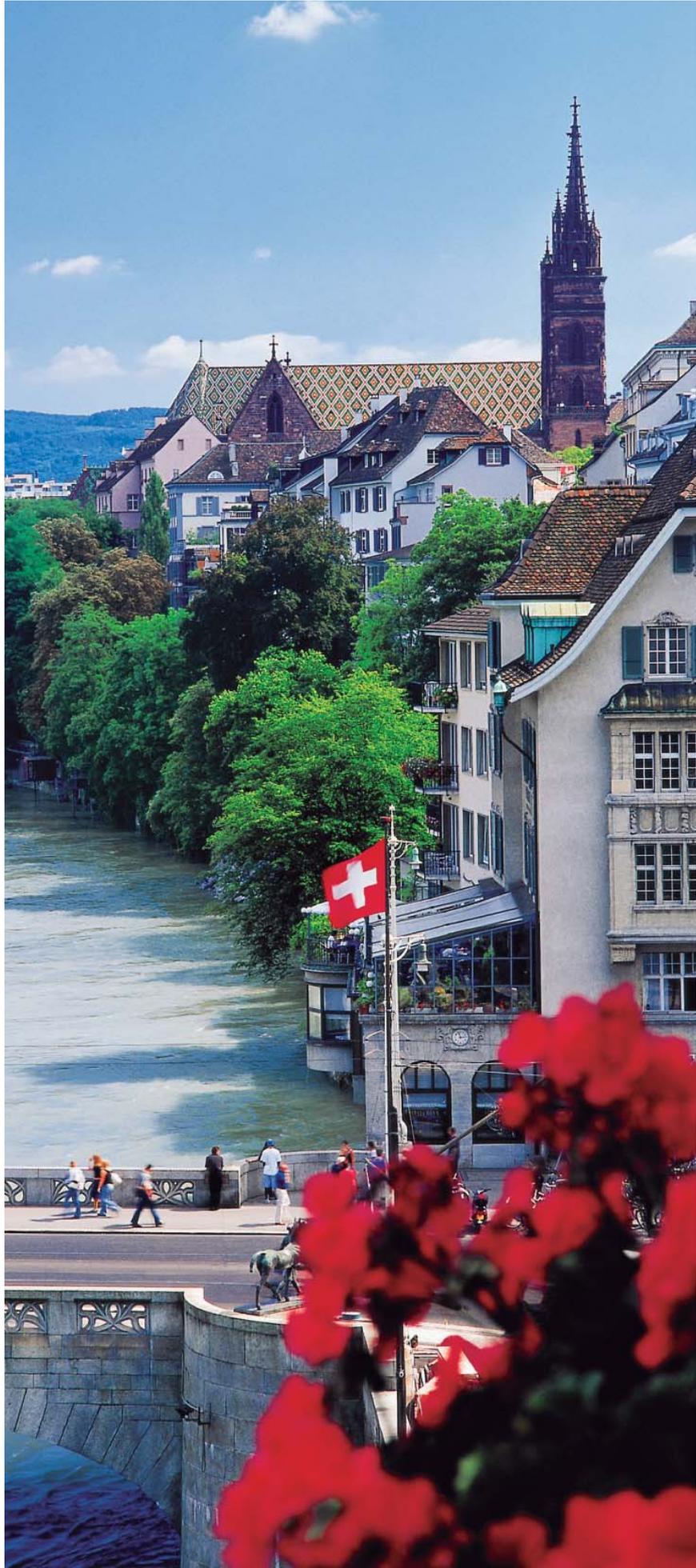


ARRIBA: FUNDACION BEYELER.
 ABAJO: ART BASEL.
 DERECHA: GROSSBASLER RHEINUFRER.

sionantes vistas a más de 60 metros de altura. Al otro lado de la plaza del mercado se encuentra el barrio que se considera el alma de la ciudad. Esta colina, llamada “Spalenberg”, sube hasta la zona universitaria, donde se encuentran los callejones más románticos, las fuentes más bonitas y las placitas más escondidas de Basilea.

Basilea, ciudad cultural

“Ilimitada Cultura” es el lema que Basilea ha elegido para caracterizarse. Hace más de cuarenta años que la feria de arte más importante del mundo se celebra en Basilea. La “Art Basel” atrae cada junio a las galerías de arte y los artistas más famosos a esta cita imprescindible, convirtiendo a la ciudad en la capital mundial del arte. Pero Basilea ofrece durante todo el año una gran variedad de actividades culturales, casi cuarenta museos que ofrecen una enorme diversidad. Entre éstos destacan el “Kunstmuseum”, con sus obras clásicas, la prestigiosa Fundación Beyeler, de fama mundial, y el museo dedicado al artista suizo Jean Tinguely ●

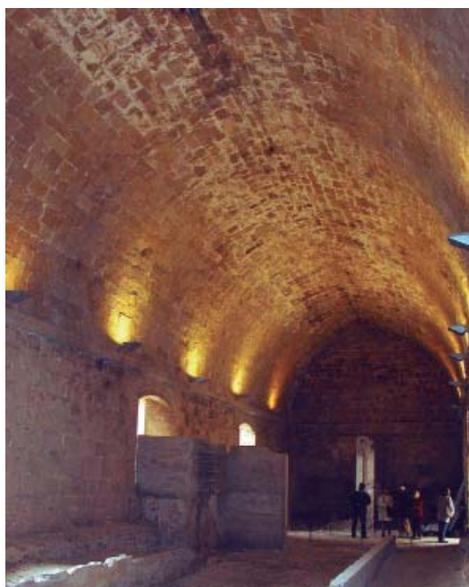


Miravet y Peñíscola, dos fortalezas del temple en la Corona de Aragón

Son muchas las leyendas y distorsiones que ha sufrido la historia de los templarios a lo largo de la historia. Así, es frecuente que, sin ningún fundamento, se le atribuyan construcciones, bien por tratarse de templos de planta redonda o por poseer cruces, o por cualquier elemento de difícil interpretación, tan habituales en el arte románico.

La atribución al Temple de un edificio sólo se puede hacer a partir de la documentación. Afortunadamente, las construcciones templarias de la Corona de Aragón se hallan bien documentadas gracias a la riqueza patrimonial de sus archivos.

Los templarios realizaron todo tipo de construcciones en función de sus intereses: palacios, granjas de explotación, molinos, puentes, fortalezas. Los que resultan más emblemáticos son los castillos, pues sólo se hallan en la Península Ibérica y en tierra Santa, dos zonas situadas en territorio de frontera con los musulmanes.



CASTILLO DE MIRAVET (RIBERA D'EBRE, TARRAGONA), REFECTORIO.



CASTILLO DE PEÑÍSCOLA (BAIX MAESTRAT, CASTELLÓN), VISTA GENERAL.

Los templarios llegan a la Corona de Aragón en los años treinta del siglo XII. A pesar del interés que despertaron en reyes y nobles, que los favorecieron con importantes donaciones, no se implicaron en la conquista de las tierras musulmanas hasta 1148, para participar en la campaña de Tortosa, y un año después en la de Lleida. Por su intervención recibieron importantes dominios, entre ellos un gran territorio en la zona del bajo Ebro, de Tarragona. Allí establecieron su primer castillo, Miravet, que fue un ejemplo de fortaleza a seguir en otros territorios.

El castillo de Miravet impresiona al viajero que se acerca a él. Se recomienda llegar mediante el llamado “pas de barca” que atraviesa el río Ebro desde la vecina localidad de Ginestar (sólo peatones y coches particulares, no autocares). Después se llega al pueblo de Miravet, y de allí se puede ascender a pie o en coche a la fortaleza. La situación de Miravet es excepcional, ya que a la magnificencia de la fortaleza se suma la disposición estratégica del pueblo, escalonado hasta el río y la

presencia del río Ebro, que, con sus meandros, abraza por su base castillo y pueblo.

Miravet fue en época islámica un castillo andalusí formado por un recinto superior –la celoquia– y otro inferior –el albacar–. Sin embargo, poco –o casi nada– queda de este castillo. Los nuevos señores, los templarios, lo construyeron de nuevo según sus necesidades e intereses y destruyeron la mayor parte de la edificación

anterior. Lo que queda en buen estado es principalmente en el recinto superior donde se aprecia el castillo templario: grandes edificios de sillares de piedra bien trabajada: capilla, refectorio y salas, ordenados alrededor de un patio. Desde el exterior, unos muros altos, rectos, e imponentes –de veintiocho metros de altura y

en algunos casos de cinco metros de grosor– no dejan entrever los edificios interiores y sobrecogen todavía al viajero moderno como debían impresionar a los habitantes de las tierras recién conquistadas, mostrando su poder señorial. Los edificios están coronados por terrazas, que actualmen-

“*La historia del Temple resulta siempre mucho más interesante que sus leyendas*”

”

te proporcionan una magnífica visión del paisaje, pero cuya función era la de soportar ingenios de guerra desde donde disparar proyectiles a los enemigos. Hay que recordar que los templarios eran expertos en el arte de la guerra.

La orden del Temple se expandió poco por el reino de Valencia porque la conquista de estas tierras se produjo en época cercana a su trágico final. Sin embargo, poseyeron una plaza rica e importante en la provincia de Castellón, el castillo de Peñíscola.

El nombre de Peñíscola se asocia con el del Papa Luna (Benedicto XIII) y con razón, pues éste vivió en el castillo y aquí poseyó una importante biblioteca. Sin embargo, la construcción de la fortaleza se ha de atribuir por entero a la iniciativa de la Orden del Temple. Afortunadamente, ahí están las piedras para recordarlo: en varios lugares del castillo se hallan



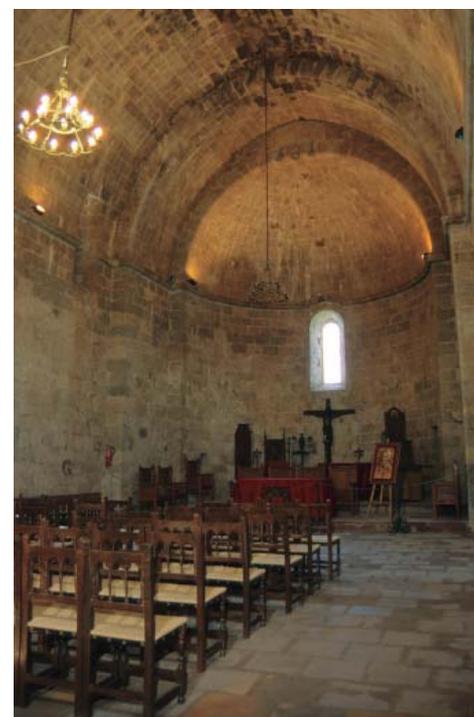
CASTILLO DE PEÑÍSCOLA (BAIX MAESTRAT, CASTELLÓN), FRISO HERÁLDICO TEMPLARIO.

unos frisos esculpidos en la pared, que muestran las armas del Temple (una cruz), la de su comendador (fajas, emblema de Arnau de Banyuls), y unos cardos, escudo de Berenguer de Cardona, el Maestre provincial.

Situada en un tómbolo, Peñíscola goza de una situación privilegiada, que puede observarse perfectamente desde el mar gracias al recorrido de una golondrina que permite obviar las modernas construcciones hoteleras, y así imaginar mejor el castillo templario. En su interior, las caballerizas, la capilla, el salón gótico, el mal llamado “salón del cónclave” son aposentos dignos de admirar por la belleza y simplicidad de su construcción. Es asombroso su parecido estructural y estilístico con el castillo de Miravet, sobre todo teniendo en cuenta que les separan 140 años. También resulta excepcional que Peñíscola se rindiera inmediatamente a las tropas de Jaime II en diciembre de 1307, mientras que otros castillos de igual potencial bélico resistieron a las tropas reales durante más de un año.

No busquemos secretos templarios ni tesoros escondidos en Peñíscola –ni en otros establecimientos templarios–, pero sí que podemos hacernos preguntas. ¿Qué interés tenían los templarios en construir un castillo militar como éste en una zona en que la conquista cristiana ya se había desplazado hacia el sur? ¿Por qué gastaron tanto dinero en ampliar sus dominios en la zona? ¿Por qué los templarios no pusieron aquí resistencia a las tropas del Rey?

La historia del Temple resulta siempre mucho más interesante que sus leyendas ●



CASTILLO DE PEÑÍSCOLA (BAIX MAESTRAT, CASTELLÓN), CAPILLA CONVENTUAL.



CASTILLO DE MIRAVET (RIBERA D'EBRE, TARRAGONA), MURO DE PONIENTE.

**AUTORES DEL REPORTAJE:
Joan Fuguet y Carme Plaza**

**FUNDACIÓ JOAN MIRÓ,
UN ESPACIO ÚNICO PARA LAS ÚLTIMAS
TENDENCIAS DEL ARTE ACTUAL**

La capital catalana ofrece una variada oferta cultural a sus visitantes. Recomendamos, como visita obligada, una parada en la Fundació Joan Miró, espacio artístico que abrió sus puertas al público el 10 de junio de 1975.

El origen de la Fundació está ligado a la primera gran exposición de Joan Miró en Barcelona, en 1968, en el antiguo Hospital de la Santa Creu. Diversas personalidades del mundo del arte y la cultura comprendieron entonces la oportunidad histórica de disponer, en Barcelona, de un espacio de referencia de la obra de Miró.

Conforme a la voluntad del artista, la nueva institución debía fomentar el conocimiento y la difusión del arte más actual en todas sus vertientes. En un momento en que el panorama artístico y cultural era ciertamente exiguo, la Fundació Joan Miró aportó vitalidad, con un nuevo concepto de museo, más dinámico, donde la creación de Miró convivía con las manifestaciones artísticas más diversas.



Recientemente la Fundación ha sido declarada museo de interés nacional por la relevancia de su patrimonio, y es uno de los puntos de referencia del circuito artístico internacional.

El calendario expositivo siempre ofrece interesantes apuestas. Actualmente, la muestra *Prophetia*, que finalizará el próximo 7 de junio, reúne obras de veinticinco artistas que han seguido y comentado el proceso de formación de la Europa comunitaria. El punto de partida de la exposición es un vídeo del albanés Anri Sala, de 2002, que retrata el momento en que el sueño europeo aún estaba intacto en algunos países que aspiraban a entrar en la Unión Europea. Las obras restantes de la exposición son mucho más recientes y reflejan el actual sentimiento de incertidumbre respecto al proyecto europeo.

Prophetia se estructura a partir de tres conceptos estrechamente vinculados a las bases filosóficas e ideológicas de Europa: el rapto, la correspondencia o reciprocidad, y la responsabilidad.

La diversidad de orígenes de los artistas representados en la muestra hace que confluyan en ella puntos de vista y sensibilidades muy diferentes. Como conjunto expositivo, *Prophetia* quiere ser un espacio que invite a la reflexión sobre la historia y la evolución de la Unión Europea, con especial énfasis en los aspectos de máxima actualidad ●



JOAN FUGUET Y CARME PLAZA.

LOS TEMPLARIOS, GUERREROS DE DIOS

El propósito del libro escrito por Joan Fuguet y Carme Plaza es mostrar a la orden del Temple, suprimida hace 700 años, como un elemento integrado en el momento histórico en que se desarrolló, y comprender así sus circunstancias políticas, militares, económicas, religiosas y culturales.

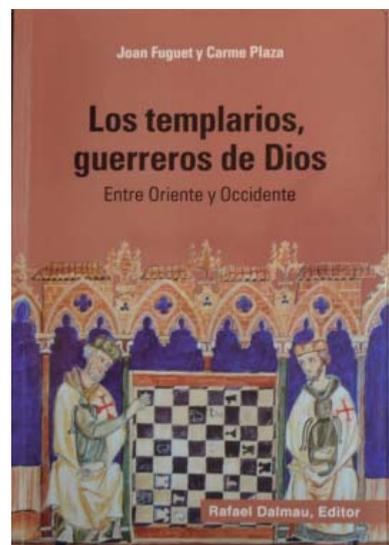
Los Templarios dejaron importantes testimonios documentales y materiales. El estudio de sus monumentos –sobre todo de las fortalezas, tanto las de Oriente como las de Occidente– permite profundizar en el conocimiento de la vocación militar de los monjes guerreros y en los vínculos entre arquitectura, técnicas de guerra y poder feudal. Por otra parte, gracias principalmente a los inventarios de sus bienes, podemos aproximarnos a un mejor conocimiento de su vida cotidiana.

LOS AUTORES

Juan Fuguet Sans es doctor en Historia del Arte por la Universidad de Barcelona, profesor de las escuelas superiores de Arquitectura y de Conservación y Restauración de Bienes Culturales de Cataluña, ambas de Barcelona, catedrático de Instituto y Académico Correspondiente de la Real Academia Catalana de Bellas Artes de San Jorge.

Carme Plaza Arqué es licenciada en Filología Románica, doctora en Filología Catalana por la Universidad de Barcelona, y catedrática de Instituto de Bachillerato.

Es coautora con Joan Fuguet Sans de diversas publicaciones sobre el Císter y sobre las órdenes militares ●



**Los templarios,
guerreros de Dios.
Entre Oriente
y Occidente.**

Rafael Dalmau Ed.
Barcelona, 2013

[WEBINARIO MOZO-GRAU]

Manejo de tejido duro tras la extracción dental. Cuánto hueso podemos preservar

El próximo 11 de mayo Mozo-Grau realizará un Webinar (seminario online) a través de la plataforma www.implant-training.es a cargo de la Dra. Àngels Pujol que tratará el tema “Manejo de tejido duro tras la extracción dental. Cuánto hueso podemos preservar”.

El programa formativo de webinarios a través de Implant-Training está

teniendo muy buena aceptación. De hecho, en 2014 ha colgado el cartel de “Sala llena” en dos de ellos. Los asistentes valoran el hecho de poder disfrutar de un curso de calidad, en directo, y desde su propio ordenador •

[MOZO-GRAU]

Estética y periodoncia en implantología

El día 8 de mayo Mozo-Grau celebrará el curso “Estética y periodoncia en implantología”, en Segovia. Este curso será impartido por los doctores Arturo Sánchez Pérez y Alejandro Otero Ávila •

[DEL 14 AL 16 DE MAYO]

XXXVII Reunión SEOP

La XXXVII Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatria, que se celebrará en Denia del 14 al 16 de mayo, presenta su oferta de talleres.

Destaca el que impartirá el señor Marcel Martí, un verdadero experto en fotografía dental, que ofrecerá un taller teórico práctico de fotografía para sacar el mejor partido a vuestro equipo profesional.

Además, con el objetivo de ofrecer a los congresistas un programa centrado en la puesta al día y la excelencia, el comité organizador quiere traer a Denia ponentes internacionales de gran nivel, como el Dr. Olivi, ponentes que pueden aportar una contribución clínica y científica en el área de la Odontopediatria y Odontología de Mínima Intervención.

El 16 de mayo el Dr. Olivi impartirá una ponencia titulada “Laser en odontopediatria: Líneas guía para el clínico”. En ella se presentaran los pro-

tolos terapéuticos de la aplicación del láser en el paciente odontopediátrico. Se explicarán los efectos del láser en los tejidos dentales para que el clínico pueda aprovechar su relevantes ventajas, como son la remoción selectiva del tejido cariado, la conservación del tejido sano, la desinfección de las superficies preparadas, el efecto hemostático y, por último, pero de suma importancia, el notable aumento del confort para el paciente que deriva en un importante aumento de la colaboración. Se presentarán protocolos para el diagnóstico de caries incipientes, irradiación para prevención de caries, preparación láser de esmalte y dentina, limpieza y acondicionamiento de canales radiculares •



[OSTEÓGENOS]

Curso práctico sobre pacientes en República Dominicana

Osteógenos organiza el curso de técnicas quirúrgicas sobre pacientes en Santo Domingo (República Dominicana) titulado "Adquiriendo las habilidades clínicas para las técnicas de regeneración ósea y mucosa".

El curso se celebrará del 22 al 26 de junio, de forma intensiva, y se dividirá en 2 días y medio para realizar cirugías de regeneración ósea, y dos días y medio para realizar técnicas de regeneración mucosa.

Los alumnos realizarán un mínimo de 11 cirugías y asistirán en otras 11 •

El cuadro de profesores es el siguiente:

PROF. JUAN MANUEL ARAGONESES LAMAS

PROF. NOELIA CERVANTES HARO

PROF. AINHOA ARESTI ALLENDE

PROF. VIRGINIA GARCÍA GARCÍA



[25 DE ABRIL DE 2015]

V Congreso Internacional de OsteoBiol. Dusseldorf, Alemania

OsteoBiol celebra su V Congreso Internacional de Regeneración Ósea en Dusseldorf, Alemania, el próximo 25 de abril de 2015.

Los tres temas candentes en implantología conforman el temario central de este congreso. Ponentes de reconocido prestigio procedentes de Alemania y Suiza presentarán y discutirán la situación actual de los aumentos de tejidos duros y blandos, la cirugía plástica periodontal, y la prevención y terapia de las complicaciones peri-implantarias de tejidos blandos e infecciones •

Los profesores que presentarán sus ponencias en el Congreso son los siguientes:

PD DR. STEFAN FICKL

DR. GERD KÖRNER

PROF. DR. HANNES WACHTEL

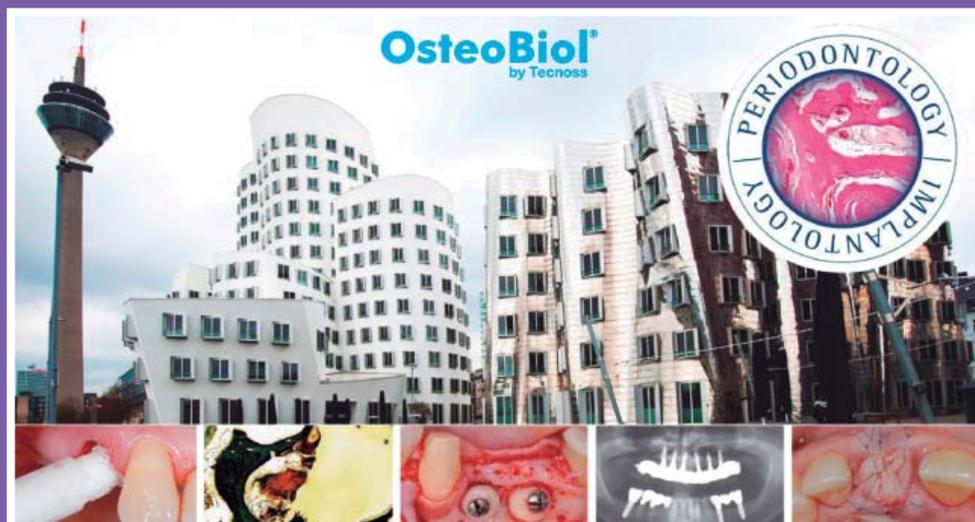
PROF. DR. ANTON FRIEDMANN

DR. ANDREAS MESCHENMOSER

DR. ANDREAS ZIGGEL

PD DR. ARNDT HAPPE

DR. ALBINO TRIACA



V Máster de Implantología de la Universidad de Lleida en convenio con la Universidad de Santa Clara

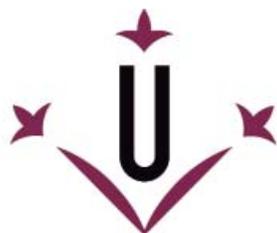


El próximo mes de octubre y noviembre darán comienzo las nuevas ediciones del Máster de 60 y 120 créditos ECTS.

Este programa de estudio combina clases teórico-prácticas con la clínicas. Los alumnos aprenden cirugía bucal y colocan implantes, con la supervisión de los especialistas con experiencia, en un ambiente en que se fomenta la cooperación, que refuerza los conocimientos aprendidos durante el Máster.

El convenio con la Facultad de Estomatología de Santa Clara, en Cuba, les ofrece la oportunidad de diagnosticar, planificar y tratar pacientes, tutorizados por los mejores doctores del país.

Este es uno de los puntos fuertes de este programa de post-grado, que se convierte en un referente nacional e internacional para los odontólogos que quieren especializarse en Implantología •



Universitat de Lleida



[17 Y 18 DE ABRIL]

Simposio Inibsa Dental "Tendencias futuras en Control del Dolor"

El Simposio Inibsa Dental "Tendencias futuras en Control del Dolor" se celebrará los días 17 y 18 de abril en las instalaciones del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña. En esta edición contará con la presencia del especialista con más prestigio internacional en el ámbito del control del dolor, el Dr. Stanley F. Malamed.

Sabemos que 1 de cada 5 pacientes tiene fobia al odontólogo por lo que evitará, cancelará o no acudirá a su cita de tratamiento odontológico.

Por esta razón, conseguir un adecuado control del dolor sigue siendo todavía hoy un reto en odontología. Con este Simposio, Inibsa Dental quiere dar a conocer los últimos avances en gestión del dolor.

También estará presente el Dr. Mark Hochman, inventor del The Wand STA, el nuevo sistema de administración de anestesia dental, que permite un procedimiento indoloro y con menor adormecimiento colateral tras la intervención •





MEDITERRANEAN PROSTHODONTICS INSTITUTE IV BIENNIAL INTERNATIONAL SYMPOSIUM

June 10, 16 - 2015 · Castellon, Spain

JUNE 2015	ACTIVITY	PLACE	FEES
10th - Wednesday 11th - Thursday	2-Days Advanced Surgical & Prosthetic Hands-on Workshop	MPI	1.800€ FULL
12th - Friday 13th - Saturday	IV BIENNIAL INTERNATIONAL SYMPOSIUM	Hotel El Palasiet	280€
14th - Sunday	Peri-implantitis Hands-on Workshop	MPI	400€
	Prosthetic Hands-on Workshop		800€
	Sinus Lift Hands-on Workshop		400€
15th - Monday 16th - Tuesday	Surgical & Prosthetic Cadaver Hands-on Workshop	Jaume I University	3.800€ FULL

Info: Arantxa Monlleó Ferrandis

arantxa@prosthodontics.es

www.prosthodontics.es

Mediterranean Prosthodontic Institute · Avenida Rey Don Jaime, 5 · 12001 Castellon · Spain

Hotel El Palasiet · Calle Pontazgo, 11-12 · 12560 Benicasim · Castellon · Spain

Jaume I University · School of Medicine · Av de Vicente Sos Baynat · 12071 Castellon · Spain

UPDATE IN ORAL IMPLANTOLOGY



Sr. Iñigo Casares
Dental Technician
Spain



Dr. Dina Dedi
Prosthodontist
UK



Dr. Rafael Del Castillo
Prosthodontist
Spain



Dr. Rui Figueiredo
Oral Surgeon
Spain



Dr. Pablo Galindo
Oral Surgeon
Spain



Dr. Anatoliy Kulakov
Maxillofacial Surgeon
Russia



Dr. Joan Pi-Urgell
Oral Surgeon
Spain



Dr. F. Rojas-Vizcaya
Prosthodontist & Oral Surgeon
Spain



Dr. Mariano Sanz
Periodontist
Spain



Sr. Enrico Steger
Dental Technician
Italy



Dr. Andreas Thor
Oral & Maxillofacial Surgeon
Sweden



Dr. Alejandro Vivas
Maxillofacial Surgeon
Portugal



Dr. Paul Weigl
Prosthodontist
Germany



Dr. Lin Ye
Maxillofacial Surgeon
China



Sr. Holger Zipprich
Engineer
Germany

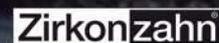
Gold sponsor



Silver sponsor



Bronze Sponsor



Partner Sponsor

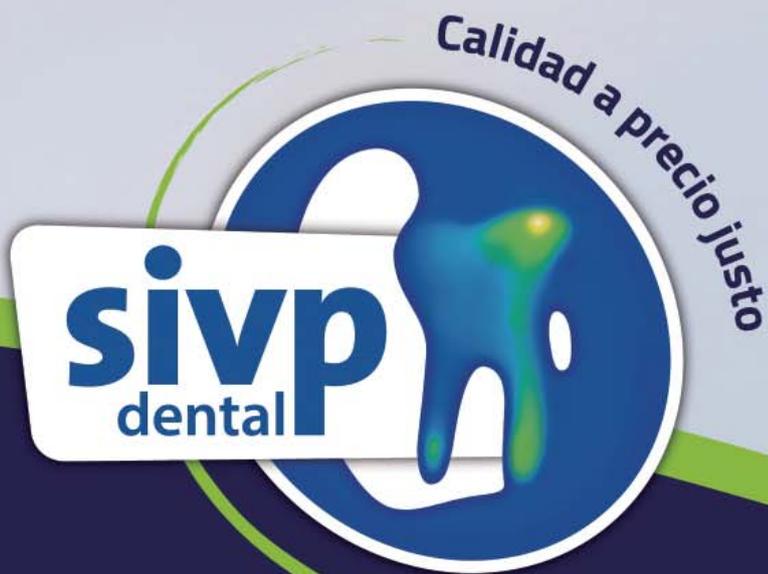


Collaborator



Devolvemos juntos la sonrisa a sus pacientes

- Calidad certificada
- Sus trabajos entregados en 5 días laborables
- Un equipo de profesionales a su disposición
- El 100% de sus trabajos fabricados en nuestro laboratorio
- Los mejores precios del mercado



Calidad a precio justo

Licencia Sanitaria - FMD650CAT

LA MEJOR FORMA
DE CONOCERNOS

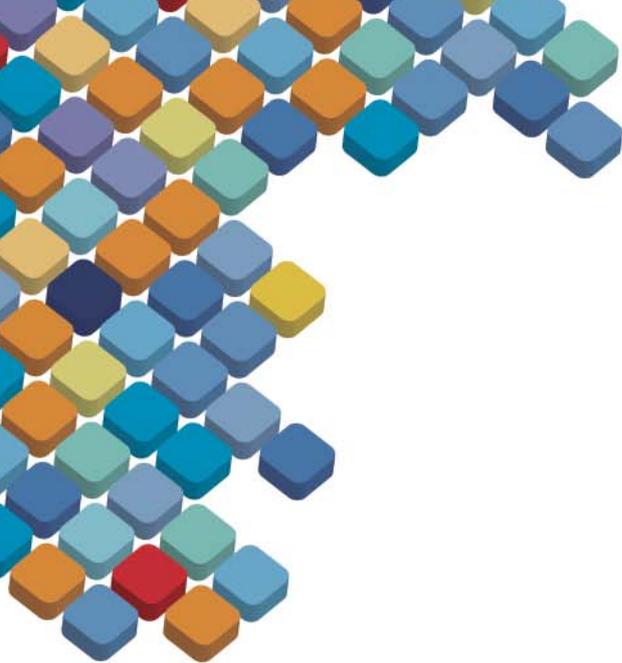
Descuento de
50%
con su primer trabajo



 **932 504 795**

www.sivpdental.es

Laboratorio de prótesis dental - Doble certificación ISO 9001 y 13485



Normoimplant system

en buenas manos



Soluciones simples para un mundo complicado.

 Versatilidad

 Variedad

 Eficacia



Implantes
Normoimplant HE
Normoimplant HI

Instrumental


Prótesis
