

ODONTÓLOGOS de hoy

PUBLICACIÓN BIMESTRAL
Volumen IV
Nº 20 NOV/DIC 2015

Premios Princesa de Asturias

*La Orden San Juan de Dios
recibe el Premio de la Concordia*

M. Ángel Varona

Hermano de la Orden

San Juan de Dios



Rafael Martínez

Presidente de la 45ª Reunión
Anual de SEPES Sevilla 2015



David Gallego

Presidente saliente
de SECIB



Dr. Robert J. Genco

Experto internacional
en los factores de riesgo
de la periodontitis

IX CONGRESO de Actualización en Implantología

Madrid. 5-6 de febrero de 2016

Implantología en estado puro.

PROGRAMA GENERAL

- Periodoncia y periimplantitis
- Periimplantitis
- Maxilar atrófico
- Implantología avanzada

CURSOS TEÓRICOS

- Protésicos
- Higienistas y auxiliares
- Marketing dental

PROGRAMA GENERAL

Dr. Abel García García
Dr. Alberto Fernández Sánchez
Dr. Andrea Mombelli (Suiza)
Dr. Arturo Sánchez Pérez
Dr. Carlos Larrucea Verdugo (Chile)
Dr. Carlos Navarro Vila
Dr. Conrado Aparicio (USA)
Dr. Daniele Botticelli (Italia)
Dr. Eduard Valmaseda Castellón
Dr. Fernando García Marín
Dr. Fernando Rojas-Vizcaya
Dr. Florencio Monje Gil

CURSOS PRÁCTICOS

- Básico de implantología
- Elevación de seno
- Injertos óseos

SALA DE CIENCIA

- Estudios en activo colaboración con Mozo-Grau

Dr. Francisco J. Enrile de Rojas
Dr. Ion Zabalegui Andonegui
Dr. Jordi Gargallo Albiol
Dr. Juan Antonio Hueto Madrid
Dr. Juan Blanco Carrión
Dr. Juan Carlos de Vicente Rodríguez
Dr. Marco Esposito (Italia)
Dr. Miguel Peñarocha Diago
Dr. Pablo Domínguez Cardoso
Dr. Ruben Davó Rodríguez
Dr. Santiago Ochandiano Caicoya
...

LUGAR

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

en

**Feria de
Madrid**

CURSOS

Dr. Alberto Fernández Ayora
Dr. Alberto González García
Dr. Alberto Manzano Saiz
Dra. Ana Orozco Varo
Dr. Carlos Bonilla Mejías
Dr. Daniel Robles Cantero
Dr. Ignacio de Lucas González
Dr. Jerónimo Rubio Roldán
Dr. Jose Luis Cebrían Carretero
Dra. Maribel González Martín

Sr. Agustín Ripoll Puig
Sr. Javier Ortolá Dinnbier
Sr. Javier Valladares Relaño
Sr. Luis Miguel Vera Fernández
etc.

 #congresoMG

Ya puede inscribirse en www.mozo-grau.com

INFORMACIÓN

C/ Santiago López González, 7 · 47197 Valladolid (España)
T: 902 423 523 F: 983 304 021 (Sra.: Melanie Pérez) · info@mozo-grau.com

MOZOGRAU®
I M P L A N T E S D E N T A L E S

20 · NOV/DIC '15

6 Opinión

8 Actualidad

8 NOTICIAS

La Orden San Juan de Dios Premio Princesa de Asturias de la Concordia 2015 · La Fundación Everis elige las 10 mejores facultades sanitarias para las empresas · La Doctora María Blasco, Premio a la Excelencia Sanitaria

24 REPORTAJE

**45° REUNIÓN ANUAL SEPES EN SEVILLA
XIII CONGRESO SECIB BILBAO 2015**

40 EMPRESAS

44 Entrevista

44 MIGUEL ÁNGEL VARONA

Licenciado en Medicina y Cirugía, Especialidad en Geriátrica y Diplomado en Enfermería, Hermano de la Orden de S. J. de Dios.

50 DAVID GALLEGO

Presidente saliente de SECIB

54 ROBERT J. GENCO

Experto internacional en los factores de riesgo de la periodontitis

58 RAFAEL MARTÍNEZ DE FUENTES

Presidente 45ª Reunión Anual de SEPES

60 Ciencia y salud

60 Tratamiento de maxilar superior atrófico

64 El colapso oclusal y su tratamiento

70 Rehabilitación mandíbula edéntula mediante sobredentadura con protocolo de carga inmediata

72 Mejora tu gestión

72 Por qué invertir en la fidelización de tus pacientes debe ser tu prioridad nº 1

Ross Megías

74 No se empieza la casa por el tejado (I)

Daniel Izquierdo Hänni

76 El odontólogo externo en la clínica: ¿relación laboral o mercantil?

Pablo Pérez Rojo

78 Agenda cultural

TITANIC, The Exhibition

Gran Gala de Ópera de Navidad

80 Formación



8



12



29



30



50



58



78

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:

Oklok
maquetacion@odontologosdehoy.com

IMPRESIÓN:

MSH Impresores

COMITÉ CIENTÍFICO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

José María Clemente Sala, Médico Odontólogo, Barcelona.

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

F. Javier Cortés Matinicoarena, Médico Estomatólogo, Responsable informes de la Sociedad Española de Salud Pública Oral, Pamplona.

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 facial U. C. M. Madrid.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Javier Relinque, Socio IVB Abogados y Economistas, Sevilla.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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, 5º Izq.
28006 Madrid.
Tel: 911 93 59 59
D.L.: M-6480-2013
ISSN: 2255-582X



24. 45ª REUNIÓN ANUAL SEPES EN SEVILLA
Un Congreso lleno de sonrisas



50. Entrevistamos a David Gallego
Presidente saliente de SECIB



58. Rafael Martínez de Fuentes
Presidente 45ª Reunión Anual SEPES Sevilla

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



El establecimiento de numerus clausus: una decisión urgente, justa y necesaria

F.G.G.

Con frecuencia he comparado la actividad colegial con la de los bomberos. Son muchas las Juntas de Colegios Provinciales o Autonómicas las que, en silencio, día a día, desarrollan su labor de apaga-fuegos cada vez que los políticos deciden aprobar nuevas leyes o decretos que afectan a nuestra profesión.

No son pocas las veces que he oído a los colegiados de a pie decir “¿cómo han consentido que salga así ese decreto?”, y la sorpresa que se han llevado cuando han conocido esa normativa en su primer borrador, desconocedores hasta ese momento de lo que habría ocurrido de no haber dedicado sus compañeros, en la Junta de Gobierno correspondiente, tantas horas de negociación para convencer, cuestión más difícil de lo que se imaginan amigos lectores, a los políticos encerrados en sus dos líneas de números: la de los votos y la de los presupuestos.

“
*¿Nos faltan
dirigentes con
capacidad
de persuasión?*
”

Leyendo el editorial del último número de la revista “Dentistas”, órgano de comunicación del Consejo General, me llama la atención el título “Los Pirómanos y las nuevas facultades de odontología”. El título me gusta, hasta resulta ocurrente, pero su desarrollo me deja perplejo... Pero, ¿en manos de quién está la profesión?... las posturas contrapuestas se combaten con la razón, no con la ignorancia y menos con el fariseísmo. Compararnos con la política contra incendios forestales de este país

como lo hacen es no enterarse de nada, o querer engañarnos a todos, incluso, diría yo, puede que ambas cosas.

Pero ¿quién se ha dedicado en este país a darse boato, inaugurar plazas públicas, salir en los medios con famosos y famosetes, presumir de ser tratado por la prensa de su ciudad como Gary Cooper en versión dentista y demás figuraciones, más propias de un oficio como el de Belén Esteban que de representante de una profesión como la odontología?.

Y, hablando de mérito y capacidad, cualquiera diría que llegó a la profesión opositando notaría, pero ¿dónde estudian odontología los hijos de estos representantes colegiales, en las facultades públicas donde se accede por mérito o en las privadas?

En la lucha contra incendios forestales se han hecho muchas cosas acertadas y no tan acertadas, que no viene al caso enumerar, lo que no se ha hecho en ningún sitio es mantener en el puesto al “jefe de los pirómanos” •



La salud dental en España: unos pocos acumulan mucha enfermedad (2)

F. JAVIER CORTÉS MARTINCORENA
ESTOMATÓLOGO. DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

Las enfermedades bucodentales, entre ellas, las más importantes, como la caries dental, las enfermedades periodontales y el cáncer oral, no se distribuyen de forma homogénea entre la población y tienden a concentrarse en determinados grupos, que llamamos de riesgo. Con las enfermedades generales ocurre el mismo fenómeno: unos pocos acumulan mucha enfermedad. Las estadísticas sobre enfermedades crónicas (definidas como enfermedades de larga duración y lenta progresión, entre ellas como más importantes e invalidantes: las enfermedades cardiovasculares, pulmonares, psiquiátricas, osteoarticulares, la diabetes, el cáncer) muestran que aproximadamente el 20% de la población padece alguna de estas enfermedades, un porcentaje más reducido padece más de una de ellas, y su gasto sanitario es cinco veces mayor que la media de la población. Estas enfermedades son las responsables del 80% de las consultas en Atención Primaria, del 70% de la Atención Hospitalaria y consumen cerca del 80% de los recursos sanitarios.

La mayoría de las enfermedades que afectan a nuestro territorio de la boca se clasifican entre las enfermedades crónicas. El ejemplo más claro de distribución asimétrica lo ofrece la caries dental. Esta dolencia es la más prevalente de las enfermedades del homo sapiens, más del 90% de la población tiene o ha tenido experiencia de caries, pero no todos la han sufrido con la misma intensidad. Desde un punto de vista estadístico, la caries dental tiene una particularidad y es que no solo debemos contar el número de individuos que la padecen sino que es necesario contabilizar también el número de dientes afectados; y aquí es donde esta asimetría es más evidente. La caries ha tenido siempre (desde que tenemos datos) una distribución asimétrica

“ *En España las personas de nivel socio-económico bajo tienen más caries que las de nivel alto.* ”

pero desde que se iniciara la tendencia descendente en su prevalencia, ocurrido en los países desarrollados a partir de los años 80, esta distribución asimétrica es más evidente. En aquellos años, a este hecho se le denominaba con el nombre de “fenómeno 20/80”, es decir: en términos aproximados, el 20% de la población acumula el 80% de las lesiones de caries en una comunidad determinada. Descendiendo al dato concreto, la última encuesta nacional de salud oral (2010) mostró que a los 12 años el 10% de los niños/as acumulaban

el 45,9% de las lesiones y a los 15 años el 18,9% acumulaba el 62,1% de la patología de caries. Los dentistas que ejercen la clínica reciben (recibimos) la mayor carga de trabajo de estos grupos de riesgo, personas que acumulan mucha enfermedad: lesiones frecuentes y recidivantes de caries, enfermedades periodontales, edentulismo, necesidades de rehabilitación protésica, etc. En el extremo opuesto, el 45,2% de

los jóvenes de 15 años todavía no presentan lesiones de caries que requieran tratamiento operatorio; y digo todavía porque con la edad la prevalencia va aumentando, en un proceso acumulativo, hasta alcanzar ese 90%.

La otra asimetría importante es su distribución por grupos socio-económicos. La epidemiología muestra cómo las enfermedades están relacionadas con el nivel socio-económico. La enfermedad está ligada a la pobreza, a la escasez de formación y a la falta de expectativas sociales de las personas. La salud oral no escapa a esta tendencia. Los datos en España (2010) muestran que las personas de nivel socio-económico bajo tienen significativamente más caries que las de nivel alto en todos los grupos de edad. Unos pocos acumulan mucha enfermedad y estos se distribuyen mayoritariamente entre los niveles menos privilegiados •

La Orden San Juan de Dios, Premio Princesa de Asturias 2015 de la Concordia

La fuerza de las Humanidades, la lucha contra la pobreza y la defensa de la cultura en todas sus acepciones fueron las líneas que guiaron la entrega de los 35º Premios Princesa de Asturias, los primeros en llevar este nombre tras 34 ediciones como premios Príncipe de Asturias.

Este año, los premiados de esta edición fueron Leonardo Padura (Princesa de Asturias de las Letras), el filósofo Emilio Lledó (Comunicación y Humanidades), el cineasta Francis Ford Coppola (Artes), las bioquímicas Emmanuelle Charpentier y Jennifer Doudna (Investigación Científica y Técnica), la enciclopedia de Internet Wikipedia (Cooperación Internacional), la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Concordia) y los hermanos Gasol (Deportes), que no estuvieron presentes en Oviedo para recoger su galardón pero que mandaron un vídeo expresando su agradecimiento.

En esta edición de “Odontólogos de Hoy”, en la que entrevistamos al Hermano Miguel Ángel Varona, destacamos el Premio Princesa de Asturias de la Concordia 2015, recibido por la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, como reconocimiento a una ejemplar labor asistencial desarrollada a lo largo de cinco siglos. Presente en más de 50 países, se ha centrado, en los difíciles momentos que hoy vive el mundo, en cuestiones tan sensibles como la epidemia del ébola, las crisis migratorias y, en general, la protección de las personas más desfavorecidas y en riesgo de exclusión. Recogió el premio el superior general de la Orden, Jesús Etayo •



Fundación
Princesa de Asturias





Palabras del Rey de España en la entrega de los Premios Princesa de Asturias

“El Premio de la Concordia concedido a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios me recuerda las palabras que dediqué el año pasado en este escenario a todas las personas que, sobre todo en África, luchan con entrega, generosidad y profesionalidad contra la pobreza y las enfermedades, como el ébola. En particular, a tantos cooperantes, voluntarios y religiosos españoles que trabajan —que se entregan— por todo el mundo, para aliviar el sufrimiento de los más desfavorecidos. Unas palabras que quiero repetir ahora: todos ellos son, todos vosotros sois, un verdadero orgullo para España.

En esa tarea, la Orden Hospitalaria es ejemplar. Los Hospitalarios, que conocen muy de cerca el dolor humano, desempeñan una labor abnegada, pero inheren-

te a su razón de ser, a su fe, a su sentido del deber. Por eso, además, su ejemplo, su ejemplo sublime de compasión y caridad, de generosidad y alegría, es una llamada de alerta constante para todos nosotros.

Cuando con su obra dan testimonio de vida verdadera, sabemos que sin su entrega, sin su misericordia, todos estaríamos un poco más solos, un poco más desprotegidos. Les damos las gracias desde el fondo de nuestros corazones por esa labor humilde y grande al mismo tiempo; se las damos por su amor, que nos permite oír —incluso en medio del griterío ensordecedor o de ese silencio, a menudo, por desgracia, cómplice y culpable— las voces de la gratitud y del consuelo” •

FELIPE VI, REY DE ESPAÑA

[EN OVIEDO]

La Sección Española de La Pierre Fauchard Academy celebra su reunión anual

Los días 25, 26 y 27 del pasado mes de septiembre, Oviedo acogió la Reunión Anual de la Sección Española de la Pierre Fauchard Academy.

El solemne acto de presentación de nuevos académicos fue presidido por el decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oviedo, el Ilmo. Sr. D. Alfonso López Muñiz, acompañado por el Presidente de la Sección Española de la Pierre Fauchard Academy, Dr. Pere Riutord Sbert, el Secretario General, Dr. F. Xavier Güerri Ripol y el Presidente de las Jornadas Nacionales Oviedo' 2015, Dr. Tomás Lombardía García.

La catedrática Dra. Carmen Ruíz-Tilve Arias pronunció la lección magistral "Visita a la Oviedo redonda", una extraordinaria alocución sobre la ciudad anfitriona, durante el acto de presentación de los nuevos académicos.



ACADÉMICOS DE LA SECCIÓN ESPAÑOLA DE LA PIERRE FAUCHARD ACADEMY Y ACOMPAÑANTES EN EL CLAUSTRO DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO, ACOMPAÑADOS POR D. ALFONSO LÓPEZ MUÑIZ, DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

El Secretario General de la Sección Española de la Pierre Fauchard Academy, el estomatólogo forense, Dr. F. Xavier Güerri Ripol, leyó durante la sesión celebrada en el Claustro de la Universidad de

Oviedo, un resumen del currículum de la nueva académica inducida durante estas Jornadas Nacionales Oviedo' 2015, la Dra. Carmen Llena Puy, de Valencia, apadrinada por el Dr. Leopoldo Forner Navarro •

[GIPUZKOA]

II Jornada Salud Bucodental OSI Debabarrena

El día 16 de octubre se celebró la II Jornada de Salud Bucodental de la Organización Sanitaria Integrada Debabarrena, encuentro que tuvo lugar en el Salón de Actos del Hospital de Mendara (Gipuzkoa).

Intervinieron expertos en distintas áreas de la odontología, moderados por Maitane Uberuaga, odontóloga de atención primaria del Servicio Vasco de Salud –Osakidetza–, que destacó "la importancia de estas jornadas en la formación continuada y el objetivo de crear un foro de encuentro y debate entre profesionales en el ámbito de la salud pública" •



DE IZDA A DCHA: X. CAMINO, J. VICENTE BAGÁN, J. A. COELLO, A. CASTAÑO, M. URBERUAGA, E. MAÍZ, F. SIMÓN, J. RUEDA, J. J. ARANA, F. ESNAL.

celente adaptación y modelado



nuevo: Incorpora SphereTEC™

ceram.x[®]
Composite universal nanocerámico



La exclusiva tecnología SphereTEC eleva el manejo del composite a un nivel superior.

- Sistema de color ingenioso y sencillo: 5 colores que cubren todo el rango de colores VITA.
- Pulido fácil y rápido para un brillo excepcional.
- Estética natural.



www.dentsply-spheretec.com

Para una Odontología mejor

DENTSPLY

Para mayor información visite: www.dentsply.eu

[PREFERENCIAS UNIVERSITARIAS PARA LAS EMPRESAS]

La Fundación Everis elige las 10 mejores facultades sanitarias para las empresas

El nuevo ranking de 'Universidad-Empresa' de la Fundación Everis revela que las compañías cuentan con sus propias preferencias universitarias al momento de escoger a sus futuros empleados.

El estudio indica que las empresas toman en consideración tres tipos de competencias: las indispensables (honestidad y ética; capacidad de aprendizaje y adaptación al cambio; trabajo en equipo), las necesarias (análisis y resolución de problemas; comunicación; y orientación de resultados), y las importantes (habilidad para trabajar en ambientes multiculturales y multidisciplinarios y conocimientos técnicos de la profesión).

El ámbito sanitario no es la excepción y los empleadores han elaborado su propia escala de preferencia en salud y bienestar, donde están incluidas Medicina, Enfermería, Farmacia, Nutrición y Odontología, entre otras titulaciones.

Según el ranking, la gran favorita es la Universidad de Navarra, que

ha obtenido una puntuación de 9,05 puntos sobre 10. Entre las áreas en las que ha obtenido la puntuación más alta están: capacidad de aprendizaje y adaptación (8,87 puntos), análisis y resolución de problemas (8,66 puntos), comunicación (8,05 puntos) y las dos competencias importantes, con 7,90 y 9,26 puntos cada una.

La segunda posición es para la Universidad Católica San Antonio de Murcia, con una media de 8,13 puntos y las calificaciones más altas en Honestidad y ética (9,26 puntos), trabajo en equipo (8,37 puntos) y orientación a resultados (8,06 puntos). Sin embargo, también es la segunda mejor puntuada en análisis y resolución de problemas (8 puntos), comunicación (7,98 puntos) y habilidad para trabajar en ambientes multiculturales y multidisciplinarios (7,54 puntos).

La Universidad de Cádiz es la tercera mejor ponderada, con un ratio de 7,58 puntos, con la Universidad de Alicante siguiéndole muy de cer-

ca con una puntuación total de 7,53 puntos. El 'top cinco' queda cerrado con la Universidad de Valladolid, que ha sido valorada por las empresas con 7,49 puntos, y la segunda mejor en términos de trabajo en equipo.

A continuación se sitúan la Universidad Autónoma de Madrid (7,45 puntos), la Universidad de Murcia (7,41 puntos), la Universidad Complutense de Madrid (7,39 puntos), la Universidad de Salamanca (7,29 puntos) y la Universidad de Castilla-La Mancha (7,22 puntos).

Cabe destacar la ausencia de otros centros de formación reconocidos como son la Universidad de Barcelona, la Autónoma de Barcelona, la Universidad de Córdoba o la de Santiago de Compostela •



[ENTREVISTADA EN EL NÚMERO 19 DE "ODONTÓLOGOS DE HOY"]

La Doctora María Blasco, Premio a la Excelencia Sanitaria

El Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social entregó el Premio a la Excelencia Sanitaria a María Blasco, en la 9ª edición del Congreso Europeo de Pacientes, Innovación y Tecnologías Sanitarias, que tuvo lugar los días 17 y 18 de noviembre. Como recordarán nuestros lectores, la Doctora María Blasco fue la protagonista de la portada de "Odontólogos de Hoy", en nuestro número de septiembre-octubre, y con ella mantuvimos una amplia entrevista en la que nos contó todos los avances de sus últimas investi-

gaciones sobre los telómeros y la telomerasa en el cáncer y de todas sus actividades al frente del CNIO.

En el mismo acto serán premiados el Secretario General de Sanidad, Rubén Moreno y el Dr Bernat Soria, Ex-Ministro de Sanidad y actualmente Director del Centro Andaluz Molecular y Medicina Regenerativa en Sevilla, entre otras personalidades.

La Doctora María A. Blasco sumará un reconocimiento más a su larga lista de galardones y nombramientos, el último de ellos, el Doc-

torado Honoris Causa de la Universidad Carlos III de Madrid, que le fue otorgado el pasado 2014 •





NSK

CREATE IT.

*Agradecemos la confianza
a nuestros clientes*

*Con renovados deseos
de colaboración
para el año 2016*

[EL JUZGADO DE PALMA DE MALLORCA CONDENA]

Nuevo caso de intrusismo profesional en Odontología

El Juzgado de Instrucción número 10 de Palma de Mallorca ha condenado a un “falso dentista” a una pena de 10 meses de prisión con inhabilitación especial “para el ejercicio de sufragio por el tiempo de condena, y a las costas”, tras considerar probado que había ejercido la profesión de dentista durante un período indeterminado y, como mínimo hasta el pasado mes de mayo del 2015, por lo que le responsabiliza y condena por un delito de intrusismo continuado.

En este sentido, y aunque la presente condena es una de las más duras que se han impuesto en los

últimos meses, el Consejo General de Dentistas insiste en la imperiosa necesidad de reformar la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, con el objetivo de endurecer las penas por intrusismo, ya que la mayoría de las sentencias adoptadas por la Administración de Justicia adolecen del carácter disuasivo que toda condena debería acarrear.

Prueba de ello son los continuos casos de intrusismo profesional existentes en el ámbito de la Odontología, que ponen en serio riesgo la salud de la población y que siguen existiendo pese a la reciente reforma de la Ley.

Con todos estos antecedentes, la Organización Colegial recomienda a todos los pacientes que verifiquen que su dentista está colegiado y que, por lo tanto, dispone de un Número de Colegiación que le habilita para ejercer la profesión.

Asimismo, el Consejo General de Dentistas recuerda que sólo el dentista está capacitado para diagnosticar y planificar los tratamientos, y que el paciente tiene derecho a conocer tanto el nombre como la titulación de todas las personas que participen en su tratamiento •

[PROCESO INICIADO POR EL COLEGIO DE HIGIENISTAS DE MADRID]

Falsa higienista dental condenada a 22 meses de prisión

El Juzgado de lo Penal nº 3 de Valladolid, dictó el pasado día 1 de octubre de 2015 una nueva sentencia de intrusismo profesional en el ámbito de la higiene dental.

El proceso penal fue iniciado por el Colegio de Higienistas de Madrid y al cual se adhirió el Ministerio Fiscal, finalizando con la condena de la acusada (N.F.V.), como autora de un delito de INTRUSISMO PROFESIONAL al ejercer, como higienista dental, sin la titulación oficial correspondiente, así como un delito continuado de FALSEDAD DOCUMENTAL, al falsificar la titulación necesaria para el ejercicio de la profesión, así como la documentación de la necesaria colegiación.

En la citada sentencia se declaran como hechos probados que la acusada había prestado “... servicios con un contrato indefinido como higienista dental para S., S.A ser-

vicios como higienista dental...”, y ello “...a pesar de carecer de título alguno que le acreditara para el ejercicio de dicha actividad profesional...”, para lo cual “...la acusada (...) había presentado fotocopia del título también elaborada por ella misma, acreditativo de haber superado los estudios de F.P. de segundo grado en la rama sanitaria, profesión de higiene dental...”, así como “...solicitud de colegiación como higienista dental de la comunidad autónoma de Madrid, aportando una resolución de la consejería de sanidad y servicios sociales de Madrid que declaraba su habilitación profesional como higienista dental...”, resultando que no había en la Consejería de la Comunidad de Madrid “...constancia de que se hallara en posesión de la titulación correspondiente para ejercer la citada profesión”.

En base a esos hechos probados, el Juzgado ha considerado que dicha actuación es constitutiva de un delito de intrusismo y un delito continuado de falsedad documental, por lo que se condenó a la autora, a las penas de 22 meses de prisión y multa de 1.350€, así como al pago de las costas procesales •



[TENIENDO EN CUENTA LAS TASAS DE MORTALIDAD]

España, 7º país más sano del mundo

Las bajas tasas de mortalidad, y los hábitos relativos al cuidado de la salud han situado a España en el 7º puesto dentro del ranking de los países más sanos del mundo.

La compañía norteamericana Bloomberg ha realizado un estudio que sitúa a España en la séptima posición de un ranking que valora el grado de salud de los países. La lista está compuesta por 145 naciones y se confecciona usando datos de la Organización de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud.

Para realizar el ranking, Bloomberg ha creado un sistema de puntuación

que mide la salud y los retos de salubridad que tiene cada país, así como los riesgos de salud a los que están expuestos los habitantes de cada uno de los países. De este modo, la puntuación de salud se calcula con las tasas de mortalidad, mientras que el porcentaje de riesgo se basa en distintos factores que podrían limitar la salud, como el número de fumadores y las vacunas que se aplica la población.

España tiene un porcentaje de salud del 84,36%, por detrás de Singapur, que según estos datos es la nación más saludable del mundo (89,45%), Italia (89,97%), Austra-

lia (88,33%), Japón (86,83%) e Israel (85,36%). No obstante, está por delante de potencias como Alemania, que ocupa la décima posición, Francia (13ª), Reino Unido (21ª) o Estados Unidos (33ª). En cuanto al porcentaje de riesgos para la salud, España marca un 6,9%, de nuevo muy lejos de Singapur (3,07%), que le sitúa en el puesto 105 del ranking •

Europa central y del este

| Rank | Country | Health Grade |
|------|------------------------|--------------|
| 1 | Slovenia | 73.02% |
| 2 | Czech Republic | 66.96% |
| 3 | Bosnia and Herzegovina | 64.99% |
| 4 | Croatia | 63.69% |
| 5 | Albania | 61.18% |
| 6 | Poland | 60.71% |
| 7 | Macedonia, FYR | 59.00% |
| 8 | Turkey | 58.83% |
| 9 | Slovak Republic | 56.77% |
| 10 | Hungary | 53.67% |

Europa occidental

| Rank | Country | Health Grade |
|------|-------------|--------------|
| 1 | Italy | 89.07% |
| 2 | Switzerland | 88.29% |
| 3 | Spain | 84.36% |
| 4 | Netherlands | 84.09% |
| 5 | Sweden | 83.90% |
| 6 | Germany | 83.58% |
| 7 | Cyprus | 83.29% |
| 8 | Austria | 83.10% |
| 9 | France | 82.99% |
| 10 | Greece | 81.63% |



NO LO PIENSE MÁS

Contrate nuestros Servicios Clínicos y seremos su único proveedor. Le prestaremos nuestros servicios con una cómoda cuota mensual.

- Protección radiológica
- Dosimetría personal
- Prevención de riesgos laborales
- Protección de datos caracter personal
- Gestión de residuos sanitarios
- Tramitación de licencias sanitarias
- Formación

Empresas líderes en el sector se han unido pensando en sus necesidades.



Le haremos un presupuesto personalizado. Solicite información de nuestro programa de Servicios Clínicos en el

info@infocitec.com

o 902 11 96 51

www.srclconsenur.es

[DÍA EUROPEO DE CONCIENCIACIÓN DEL PARO CARDÍACO]

“Tus manos pueden salvar vidas”

El pasado 16 de octubre el Parlamento Europeo celebró el Día Europeo de Concienciación del Paro Cardíaco, bajo el lema ‘Tus manos pueden salvar vidas’, esta jornada tuvo como principal objetivo ofrecer información de valor para concienciar a la población sobre la importancia de conocer las maniobras de resucitación.

Según los datos ofrecidos por los especialistas se calcula que el 40% de los infartos son salvables si se practica de forma inmediata una RCP.

Cada día unas 1.000 personas en España sufren un paro cardíaco, de las cuales se podrían salvar el 40% si se les practicara de forma casi inmediata las técnicas de reanimación cardiopulmonar, según aseguró el presidente del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (Cercp), Ignacio Fernández Lozano.

Analizadas dichas cifras, los expertos reclaman la creación de un Plan Nacional de Atención a la Parada Cardíaca que involucre a la mayor parte de los sectores de la sociedad como, por ejemplo, la policía o Renfe y que, además, establezca la obligación de instalar DEA en las plazas públicas, en los supermercados, en los gimnasios, y en los lugares donde hay personas mayores de 65 años, entre otros.

Del mismo modo, han solicitado que se “despenalice” el uso de los desfibriladores por parte de los ciudadanos y han asegurado que, aunque no se sepan practicar con exactitud estas técnicas, “siempre es mejor” que se realicen a que no se haga nada. Esto se debe realizar cuando la persona no contesta y no respira normal.

“El boca a boca sólo se recomienda a los profesionales entrenados, pero las compresiones torácicas las puede hacer cualquier persona. La persona está muerta, por lo que si



no se hace nada se va a morir seguro y si se realizan las compresiones, aunque no se sepa bien la técnica, se podrá reanimar”, argumentó Fernández Lozano.

Día Europeo de Concienciación del Paro Cardíaco

Teniendo en cuenta que el paro cardíaco es la “muerte que no se ve”, el Día Europeo de Concienciación del Paro Cardíaco que, bajo el lema ‘Tus manos pueden salvar vidas’, tiene como objetivo concienciar a la población sobre la importancia de conocer las maniobras de resucitación.

Cada minuto que pasa las posibilidades de supervivencia disminuyen un 10%, por lo que es necesario que ante un paro cardíaco se actúe en los tres o cuatro minutos posteriores ya que, tal y como ha avisado el experto, a los 10 minutos el paciente “está ya muerto”.

De hecho, mientras que la supervivencia ante uno de estos episodios ocurridos en la calle se sitúa entre

el 5 y el 7%, debido a que las UVI móviles no llegan a tiempo, cuando los ciudadanos conocen las técnicas de reanimación cardiopulmonar las posibilidades de sobrevivir aumentan entre el 25 y el 30% •

Esto es todo lo que debes hacer para montar tu clínica



antón^{S.L.}
suministros
dentales

**Sencillamente
TODO
lo que necesitas**



Tu idea,
tu proyecto



Servicio Integral de
Suministros Dentales
Antón, s.l.



Todo listo:
¡A trabajar!

+34 944 53 06 22
www.antonsl.es

[VIERNES 6 DE NOVIEMBRE]

JSDEI Barcelona 2015



El seminario JSDEI se celebró por primera vez en España el pasado viernes 6 de noviembre en Barcelona bajo el nombre: “Diabetes, salud oral y nutrición: Interrelaciones, innovaciones e interacción”. Es la cuarta vez que este encuentro se celebra en Europa, habiendo pasado por Frankfurt, Milán y Ginebra. En él, expertos internacionales debatieron sobre los avances en la relación entre enfermedades gingivales y diabetes, con el objetivo de impulsar la colaboración entre los especialistas de ambos campos para conseguir un enfoque holístico.

El simposio de Barcelona contó con reputados expertos nacionales e internacionales como el Dr. Robert J. Genco, distinguido profesor de Biología y Microbiología Oral de la Universidad de Búfalo (EEUU). El profesor Genco ha sido una de las figuras más importantes de este seminario, ya que ha sido uno de los principales expertos en establecer

la relación del tabaco, la diabetes y la obesidad, entre otros, como factores de riesgo de la periodontitis. Dr. Robert J. Genco habló de la relación bidireccional entre diabetes y periodontitis.

Como representantes nacionales, el seminario contó con el Dr. Mariano Sanz, Profesor de Periodoncia de la Universidad Complutense de Madrid, y el Dr. Eduard Montanya, Profesor de Endocrinología de la Universidad de Barcelona y director

del CIBER de Diabetes y Asociación de Enfermedades Metabólicas (CIBERDEM). Los principales intereses del Dr. Montanya son la terapia celular, la medicina regenerativa y los nuevos medicamentos aplicados al tratamiento de la diabetes.

Los Joslin Sunstar Diabetes Education Initiatives (JSDEI) son una iniciativa impulsada por la prestigiosa clínica Joslin Diabetes Center de Boston y la Fundación Sunstar •





Entrega en
24 horas
Garantizado

OsteoBiol[®]
by Tecnos

Utilizado en más de 400.000 cirugías - Distribuido en más de 40 países - Excelente documentación científica

OFERTAS VÁLIDAS PARA NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2015

Mp3 Granulado mix prehidratado

Prehidratado y listo para su uso

▶ Los gránulos redondeados **evitan daños a la membrana sinusal.**

▶ Gran similitud con el hueso humano. ⁽¹⁾

1 | FIGUEIREDO ET AL.; JOURNAL OF BIOMEDICAL MATERIALS RESEARCH, 2010

▶ Composición dual: mineral + colágeno. ⁽²⁾

2 | NANNMARK SENNERBY; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2008

▶ **Se reabsorbe gradualmente.** ⁽³⁾

3 | BARONE ET AL.; CLINICAL IMPLANT DENTISTRY AND RELATED RESEARCH; 2010

▶ Ideal para elevación de seno ⁽³⁻⁴⁾ y preservación de la cresta. ⁽⁵⁾

4 | PALACCI, NANNMARK; L'INFORMATION DENTAIRE; 2011

5 | BARONE ET AL.; JOURNAL OF PERIODONTOLOGY; 2008

**3 Jeringas
Mp3 1 c.c.
+ REGALO 2 viales
APATOS 0,5 gr**



MP3 1 C.C. X 3 JERINGAS
REF. A3030FS 375 €



REGALO APATOS
VALORADO EN 122 €

Evolution 100% pericardio

Máxima adaptabilidad al tejido óseo

▶ Completamente reabsorbible.

▶ La mejor interfaz membrana / hueso y membrana / periostio.

▶ Fácil y segura a la hora de suturar.

▶ Estabilidad y protección prolongada.

▶ Máxima adaptabilidad al tejido óseo y a los tejidos blandos.

▶ Elevada consistencia y extraordinaria resistencia.

**2 EVOLUTION
fina o std 20x20 o 30x30
+ REGALO 1 caja
Sutura SERALON
DS15 4/0 ó 5/0**



EVOLUTION FINA 20X20MM
REF. EV02LLE 109€
EVOLUTION FINA 30X30MM
REF. EV03LLE 126€
EVOLUTION STD 20X20MM
REF. EM02HS 109€
EVOLUTION STD 30X30MM
REF. EM03HS 126€


Osteógenos
Dental Surgical Devices

IMPLANTOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL

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

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

OFERTAS VÁLIDAS PARA NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DE 2015

Envío 24 horas gratuito* dentro de la Península. Baleares, Ceuta, Melilla consultar. Posibilidad de entrega en menos de 24h bajo suplemento. Total disponibilidad de stock. *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.

[SE OCUPARÁ DEL MANTENIMIENTO DEL OBSERVATORIO MUNDIAL DE DONACIÓN]

España trabaja conjuntamente con la OMS en trasplantes

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha suscrito un acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en virtud del cual se encargará, a través de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), del mantenimiento y mejora del Observatorio Mundial de Donación y Trasplante (GODT). Asimismo, nuestro país se ocupará del mantenimiento y mejora del Observatorio Mundial de Donación y Trasplante (GODT).

El acuerdo fue firmado hace unos días por el ministro Alfonso Alonso y la subdirectora general de Servicios de Salud e Innovación de la OMS, Marie-Paulie Kieny.

España se encargará de proporcionar la financiación y el apoyo técnico para el desarrollo del proyecto. La OMS, por su parte, deberá encargarse del desarrollo y seguimiento de las actividades.

El acuerdo, que se puso en marcha el pasado 1 de noviembre, finalizará el 31 de octubre de 2016. No obstante, se permitirá un periodo de hasta 12 meses adicionales tras dicha finalización para liquidar todas las obligaciones derivadas de las actividades ejecutadas por la OMS antes de dicho momento.

El Registro Mundial de Trasplantes, que gestiona la ONT desde hace 9 años en colaboración con la OMS, eleva a 118.127 el total de trasplantes de órganos sólidos efectuados en todo el mundo en el último año, lo que representa un aumento del 3% respecto al año anterior. De ellos, 79.325 fueron de riñón, 25.050 de hígado, 6.270 de corazón, 4.834 de pulmón, 2.474 de páncreas y 174 de intestino.

España sigue a la cabeza en número de donantes y trasplantes a nivel mundial, con 1.682 donantes y 4.360 trasplantes en 2014, con una tasa de donantes muy por encima de la media de la Unión Europea (UE) y de la de Estados Unidos. De

hecho, con solo el 0,7% de la población mundial, en tierras españolas se efectuaron el 17% de todas las donaciones de órganos en la Unión Europea, y el 6% de todas las registradas del mundo.

“ *España se encargará de proporcionar la financiación y el apoyo técnico para el desarrollo del proyecto.* ”

Sin embargo, pese al ligero aumento registrado, tanto la OMS como la ONT estiman que estas cifras apenas representan el 12% de la necesidad mundial de trasplantes.

Desde el 2010, la tasa de donación ha mejorado en 21 países de la UE y en números absolutos los donantes han aumentado cerca de un 8%. Aún así el programa Accord ha puesto de manifiesto las importantes posibilidades de mejora que existen en Europa, al demostrar que solo el 23% de los posibles donantes terminaron haciendo efectiva la donación.

La ONT insiste en el desarrollo en todos los países de la UE de la donación en asistolia. En la actualidad, representa el 10% de todas las donaciones, mientras que en España supone ya el 11,5 % del total en 2014 y el 17% en el primer semestre de 2015 •



RAFAEL MATESANZ, CREADOR Y FUNDADOR DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES DE ESPAÑA.

IX CONGRESO de Actualización en Implantología

Madrid. 5-6 de febrero de 2016

Implantología en estado puro.

PROGRAMA GENERAL

- Periodoncia y periimplantitis
- Periimplantitis
- Maxilar atrófico
- Implantología avanzada

CURSOS TEÓRICOS

- Protésicos
- Higienistas y auxiliares
- Marketing dental

PROGRAMA GENERAL

Dr. Abel García García
Dr. Alberto Fernández Sánchez
Dr. Andrea Mombelli (Suiza)
Dr. Arturo Sánchez Pérez
Dr. Carlos Larrucea Verdugo (Chile)
Dr. Carlos Navarro Vila
Dr. Conrado Aparicio (USA)
Dr. Daniele Botticelli (Italia)
Dr. Eduard Valmaseda Castellón
Dr. Fernando García Marín
Dr. Fernando Rojas-Vizcaya
Dr. Florencio Monje Gil

CURSOS PRÁCTICOS

- Básico de implantología
- Elevación de seno
- Injertos óseos

SALA DE CIENCIA

- Estudios en activo colaboración con Mozo-Grau

Dr. Francisco J. Enrile de Rojas
Dr. Ion Zabalegui Andonegui
Dr. Jordi Gargallo Albiol
Dr. Juan Antonio Hueto Madrid
Dr. Juan Blanco Carrión
Dr. Juan Carlos de Vicente Rodríguez
Dr. Marco Esposito (Italia)
Dr. Miguel Peñarrocha Diago
Dr. Pablo Domínguez Cardoso
Dr. Ruben Davó Rodríguez
Dr. Santiago Ochandiano Caicoya
...

LUGAR

Auditorio Norte de IFEMA
Recinto Ferial Juan Carlos I, s/n
28042 Madrid (España)

 Campo de las Naciones (L8)

en

**Feria de
Madrid**

CURSOS

Dr. Alberto Fernández Ayora
Dr. Alberto González García
Dr. Alberto Manzano Saiz
Dra. Ana Orozco Varo
Dr. Carlos Bonilla Mejías
Dr. Daniel Robles Cantero
Dr. Ignacio de Lucas González
Dr. Jerónimo Rubio Roldán
Dr. Jose Luis Cebrián Carretero
Dra. Maribel González Martín

Sr. Agustin Ripoll Puig
Sr. Javier Ortolá Dinnbier
Sr. Javier Valladares Relaño
Sr. Luis Miguel Vera Fernández
etc.

 #congresoMG

Ya puede inscribirse en www.mozo-grau.com

INFORMACIÓN

C/ Santiago López González, 7 · 47197 Valladolid (España)
T: 902 423 523 F: 983 304 021 (Sra.: Melanie Pérez) · info@mozo-grau.com

MOZOGRAU®
I M P L A N T E S D E N T A L E S

[SE PROMUEVE EL USO PRUDENTE DE LOS ANTIBIÓTICOS]

Día Europeo de Sensibilización sobre los Antibióticos

Marc Sprenger, Director del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) ha realizado unas interesantes declaraciones sobre el uso de antibióticos, dentro del marco del Día Europeo de Sensibilización sobre los Antibióticos, el pasado 18 de noviembre.

“Las infecciones resistentes a los antibióticos están aumentando a un ritmo alarmante, lo que supone un grave peligro para la salud humana. En mi opinión, para frenar el desarrollo y la propagación de las bacterias resistentes a los antibióticos es necesario mejorar las prácticas de uso de los antibióticos, que se utilizan a menudo de manera inadecuada o innecesaria tanto en los seres humanos como en los animales”, manifestó Sprenger.

La recomendación del Consejo sobre la utilización prudente de los agentes antimicrobianos en la medicina humana, de 2001, señaló que los Estados miembros de la UE debían informar a la población sobre la importancia del uso prudente de los agentes antimicrobianos. Por ello, en 2008 el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) decidió establecer el Día Europeo de Sensibilización sobre los Antibióticos (que se celebra el 18 de noviembre) como plataforma para prestar apoyo a las campañas nacionales en toda la zona. Por sexto año consecutivo, han tenido lugar actividades que promueven un uso prudente de los antibióticos en más de 40 países de toda Europa.

Uso erróneo de los medicamentos

Por otro lado, la población sigue empleando de forma errónea los antibióticos. Según una encuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizada en 12 países a un total de 9.772 personas, el 64% de las personas encuestadas cree

que los antibióticos se pueden utilizar para tratar resfriados y la gripe.

Sin embargo, los expertos recuerdan que los antibióticos no curan infecciones causadas por virus. Sólo son eficaces para combatir las infecciones bacterianas (las mata e inhibe su crecimiento). Además, un tercio de la población (el 32%) piensa que debe dejar de tomar el antibiótico cuando se siente mejor. Pero precisamente hay que hacer lo contrario: completar las tomas hasta el último día.

Como consecuencia del inadecuado y excesivo uso de los antibióticos, las bacterias cambian y se vuelven resistentes a dichos fármacos, lo que significa que pierden su capacidad para eliminarlas o para detener su crecimiento. Las bacterias resistentes sobreviven en la presencia del antibiótico y siguen multiplicándose, prolongando así la enfermedad e incluso causando la muerte.

Tras la realización de estos sondeos, la OMS ha lanzado una nueva campaña: ‘Antibióticos: Manejar con cuidado’, para mejorar la comprensión del problema y cambiar la forma en que se utilizan estos medicamentos.

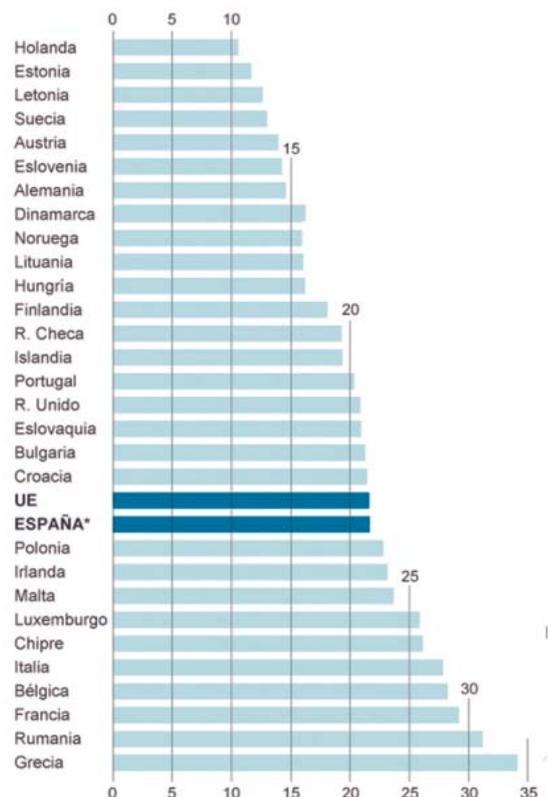
Todo el mundo debería saber que la resistencia a los antibióticos es un problema de salud global, no sólo de quienes los toman con regularidad (una teoría errónea en la que cree el 44% de la población). Tampoco es cierto que los individuos que personalmente toman sus antibióticos según las indicaciones no estén en riesgo de una infección resistente a los medicamentos y esto lo piensa el 66% de los encuestados. Como exponen los expertos, las bacterias resistentes pueden

diseminarse y causar infecciones a otras personas que no hayan tomado ningún antibiótico.

La encuesta internacional incluyó 14 cuestiones sobre el uso y el conocimiento de los antibióticos y sobre la resistencia a los mismos. Las entrevistas se realizaron en un total de 12 países: Barbados, China, Egipto, India, Indonesia, México, Nigeria, la Federación de Rusia, Serbia, Sudáfrica, Sudán y Vietnam. El propósito era ayudar a la OMS y sus asociados para determinar las brechas clave en la comprensión pública de este problema, y conceptos erróneos acerca de cómo utilizar antibióticos para ser abordados a través de la campaña.

Hay que destacar que España es uno de los siete países europeos que ya cuentan con un Plan Nacional de Resistencia a los Antibióticos •

DÓNDE SE TOMAN MÁS ANTIBIÓTICOS
Dosis diarias definidas / 1.000 habitantes





FOTOLANDIA
dental



La empresa líder en fotografía dental

que dirige Marcel Martín da un salto cualitativo en atención al sector dental potenciando su plena dedicación al sector



Potenciación de la formación con Marcel Martín y Pere Roselló.



Ampliación de la oferta audiovisual:

- Vídeos corporativos.
- Books fotográficos de las clínicas.
- Filmación de cirugías y otros procedimientos en la clínica.
- Grabación de cursos.



Nuevo software de gestión y archivo de imágenes.



Nueva sede donde en el teléfono de siempre Eli del Pozo atenderá todas las llamadas.



Nuevo laboratorio de asistencia técnica con Pere Roselló al frente

Teléfono: 933.305.162 **Central:** calle Concepción Arenal 281 (local 2). Barcelona
Servicio técnico: calle Riera 18- 3º. Montbrió del Camp. Tarragona.

FOTOLANDIA
dental

Un Congreso lleno de sonrisas

45° REUNION SEPES

Sevilla acogió la 45ª Reunión Anual de SEPES del 9 al 11 de octubre. Esta edición, presidida por el Dr. Rafael Martínez de Fuentes, reunió a más de 3.200 profesionales en torno al tema de los avances en tecnología digital CAD-CAM aplicada a la mejora de las técnicas de diagnóstico, y de tratamientos odontológicos encaminados a conseguir un mayor bienestar de los pacientes gracias a los tratamientos de prótesis y estéticos cada vez menos invasivos.

Durante las jornadas se desarrollaron más de 70 conferencias que abordaron diferentes aspectos sobre la prótesis y la estética dental, entre los que han destacado la preparación de dientes en prótesis fija, la rehabilitación de dientes desgastados, la prótesis removible convencional, puentes adhesivos, prótesis provisionales, calidad de vida, cementado, comunicación clínico técnico, ajuste oclusal, prótesis atornilladas, líneas de investigación, y restauración del diente endodonciado, entre otros.





Asistencia de más de 3.200 profesionales



Por primera vez en la historia de los congresos de SEPES, esta edición ha contado con un programa único para clínicos y técnicos, dando así sentido al lema del congreso **Clínica y Laboratorio & Ciencia y Arte**. Con esta unión y con la programación de conferencias conjuntas entre clínicos y técnicos de reconocido prestigio, se ha querido abundar en la idea de que el trabajo en equipo y la comunicación entre la clínica y el laboratorio es esencial para conseguir los mejores resultados para el paciente. Daniel Edelhoff y Stephen Chu fueron algunos de los profesionales clínicos que llenaron los auditorios con sus ponencias conjuntas con sus técnicos, Schweiger y Mielezsko, respectivamente.

El Doctor Ignazio Loi, con su técnica BOPT, y Mauro Fradeani, con un protocolo exhaustivo en función de unos resultados rehabilitadores predecibles, estéticos y duraderos, fueron algunos de los conferenciantes que más interés despertaron entre los asistentes.

En esta ocasión hay que destacar el éxito de demanda y participación en los talleres teóricos y prácticos organizados por la industria, lo que da idea de la magnitud que ha alcanzado esta edición del encuentro.

En ese aspecto, la participación de la industria del sector y de servicios afines fue considerable, con el patrocinio de 43 firmas expositoras y colaboradoras que, con 46 stands, ocuparon una superficie de más de 2.500 metros cuadrados.

Gran éxito de participación en todas las actividades organizadas por la industria



La Fundación Odontología Social FOS, premiada con la 2ª Beca SEPES Solidaria

SEPES concedió su segunda Beca SEPES Solidaria a la Fundación Odontología Social (FOS), dirigida por el Dr. Antonio Castaño Séiquer, por el proyecto **“Una mujer, una sonrisa. Proyecto de odontología integral para veinte mujeres víctimas de maltrato”**.

Las becas solidarias de SEPES están destinadas a proyectos que, presentados por Organizaciones No Gubernamentales, tengan como fin social la promoción de la salud bucodental, y la atención odontológica directa entre los sectores más desfavorecidos de la población en el ámbito del territorio nacional. La dotación de la beca es de 6.000 € ●

ANTONIO CASTAÑO SEIQUER, CORRESPONSAL DE ODONTÓLOGOS DE HOY EN ODONTOLÓGIA SOCIAL, RECIBE LA BECA SOLIDARIA SEPES DE MANOS DE NACHO RODRÍGUEZ, PRESIDENTE DE SEPES, Y RAFAEL MARTÍNEZ, PRESIDENTE DEL 45º ENCUENTRO ANUAL SEPES



3er simposio VALORES

Madrid

6 de febrero 2016

SEPES



carlos
LOPEZ-SUÁREZ



eduardo
VAZQUEZ



julia GARCÍA
BAEZA



albert VERD
ferán PUIGREFAGUT



jesús MILLÁN



nacho SANZ



fernando
DURÁN-SINDREU



pablo PAVÓN



alberto
FERNÁNDEZ



rafael PIÑERO



irene TARAZÓN



Hotel Meliá Castilla | Salón Tapices | Capitán Haya, 43

Tarifas reducidas hasta el 22 de enero

Socio afiliado: 50 €
SEPES Jr*: 30 €

Amigos SEPES**: 75 €
No socios: 100 €

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

(**) Socios SEPA, SECIB, SCOE, SOCE, SEOC, SEI, SEDCYDO, SEMO, Ordem dos Médicos Dentistas;
Colegios de: 1ª Región, Cataluña, Las Palmas, La Rioja, Cantabria, Sevilla.

Colaboran



DENTSPLY



¡SEPES te interesa!



La impresión 3D de metal ha sido premiada con las Becas SEPES Anuales de Investigación en Prótesis y Estética



Las Becas SEPES Anuales de Investigación en Prótesis y Estética han premiado en esta edición la investigación en un terreno tan novedoso como es la aplicación de las tecnologías de impresión 3D de metal, y los avanzados estudios que ha realizado la Universidad de Valencia sobre la adhesión de los materiales restauradores.

Los doctores Marta Revilla y Juan Luis Román han sido los premiados con las becas SEPES de investigación por la presentación de sus temas sobre estos trabajos.





El Dr. Vicente Jiménez premiado con la Medalla de Oro de SEPES

El Dr. Vicente Jiménez ha sido galardonado con la Medalla de Oro de SEPES, reconocimiento más alto que esta sociedad otorga anualmente a uno de sus miembros por su trayectoria profesional en el campo de la prótesis, y por su implicación en las actividades de la sociedad.

La entrega de la condecoración, de manos del Presidente de SEPES Nacho Rodríguez, se realizó durante una emotiva ceremonia celebrada tras la cena de gala del Congreso Anual, en el Pabellón de la Navegación de Sevilla, el pasado 10 de octubre.

En esta misma ceremonia, el Presidente del Congreso, Rafael Martínez de Fuentes, otorgó al Dr. Manuel López López la Medalla del Congreso en reconocimiento a su trabajo docente y clínico desarrollado en la Universidad de Sevilla •



XIII Congreso SECIB Bilbao 2015

Importante asistencia y alto nivel científico

El XIII Congreso Anual de la Sociedad Española de Cirugía Bucal se celebró en Bilbao los días 29, 30 y 31 de octubre en el Palacio de Congresos y de la Música Euskalduna Jauregia de Bilbao.

Esta edición se saldó con un gran éxito de asistencia, ya que durante las tres jornadas de congreso, cerca de mil personas acudieron al Palacio de Congresos.

Importante calidad y cantidad en las ponencias y simposios

El XIII Congreso SECIB Bilbao 2015 destacó también por su alto nivel científico. Se realizaron más de una veintena de ponencias y simposios dentro de un programa científico innovador y de vanguardia que contó con dictantes de gran prestigio del ámbito nacional e internacional “estratégicamente seleccionados para tratar cada tema en cuestión, que transmitieron sus conocimientos a una audiencia que esperaba un alto nivel científico”, tal y como destacó la Dra. Agurte Uribarri, presidenta del XIII Congreso Secib2015.

El programa científico trató los principales aspectos de la Cirugía Bucal respondiendo al lema del XIII Congreso SECIB Bilbao 2015, “Exige ciencia, exige respuestas” y estructurado en tres grandes bloques temáticos: las patologías, las técnicas específicas en Cirugía Bucal y la Implantología.

En este sentido cabe destacar de entre todos los simposios organizados, el dedicado a la Periimplantitis con dictantes de talla internacional como los Dres. Niklaus Lang, Fernando Verdugo, Tord Berglundh y Marco Esposito, con un balance muy positivo teniendo en cuenta el alto número de asistentes.







3° Premium Day

Congreso Internacional de implanto-prótesis integrada

30 junio 1-2 julio 2016

Valencia, Palacio de Congresos



30 junio 2016, taller pre-congresual:

Sidney Kina: Restauraciones estéticas cerámicas

Ignazio Loi: B.O.P.T., del diente natural al implante PRAMA

Ponentes:

Salvador Albalat Estela
Rubén Agustín Panadero
Guillermo Cabanes Gumbau
Giacchino Cannizzaro
João Caramés
Ugo Covani
Marco Csonka
Berta García Mira
Joan Faus López
Vittorio Ferri

Annamaria Genovesi
Enrico Gherlone
Maximino González-Jaranay Ruyz
Sidney Kina
Ignazio Loi
Alfredo Machín Muñiz
José Maroto García
Miguel Peñarrocha Diago
Guillermo Pradiés Ramiro
José Ramón Soto Yarritu

Nacho Rodríguez Ruiz
Xavier Rodríguez
Mariano Sanz Alonso
Alberto Sicilia
Eusebio Torres Carranza
José Carlos Vázquez Moreno
Xavier Vela Nebot
Eugenio Velasco Ortega
Giuseppe Vignato
Fabio Vignoletti


sweden & martina



También hay que destacar la organización de los simposios que, por primera vez, en un congreso de la SECIB se organizaron en colaboración con la industria, a los que hay que añadir el éxito de los 6 talleres teórico-prácticos celebrados, que llenaron los recintos en los que se celebraron. En total se realizaron 47 comunicaciones orales y 135 comunicaciones póster; cifras que para la Dra. Agurne Uribarri son “una muestra de la gran inquietud y actividad científica con la que cuentan los profesionales interesados en la Cirugía Bucal”.

Gran respuesta de la industria

La industria también apoyó con su presencia la celebración de este Congreso. En este sentido, el Dr. David Gallego, presidente saliente de SECIB, valoró especialmente que “la respuesta de la industria ha respondido muy bien a la llamada de un congreso donde la ciencia y las respuestas que exigían los congresistas de la SECIB estaba garantizada. Desde el punto de vista comercial, ExpoSECIB fue un éxito desde el primer momento y se completó en apenas unas semanas”.



Próxima edición: Málaga 2016

Málaga 2016, sede del XIV Congreso SECIB, se celebrará del 17 al 19 de noviembre en el Palacio de Congresos de Málaga. El nuevo presidente de la SECIB, el Dr. Eduard Valmaseda, que tomó posesión del cargo en el transcurso de la asamblea general del XIII Congreso SECIB Bilbao 2015, mostró su convencimiento de que el XIV Congreso SECIB será también excelente “no sólo desde el punto de vista del rigor científico, sino también del interés de los temas tratados para el conjunto de los dentistas”.



“Ha sido un éxito desde el primer momento, y el aforo se completó en apenas unas semanas”

Análisis histopatológico de 68 casos consecutivos de lesiones clínicamente diagnosticadas como periimplantitis.

Parra-Pérez C, Coca-Meneses JC, Alberdi-Navarro J, Mosqueda Taylor A*, Aguirre-Urizar JM

Departamento de Estomatología II. Máster de Patología Oral. UFI 11/25. Universidad del País Vasco-EHU. SDPOMF. Leioa. *Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Mexico D.F.



NAZIOARTEKO BIKAINATASUN CAMPUSA CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



Introducción:

La enfermedad periimplantaria agrupa a las reacciones inflamatorias que se producen en los tejidos que rodean un implante. La prevalencia de la periimplantitis es variada, pero en general se considera que afecta a más del 25% de los pacientes portadores de implantes¹. La periimplantitis puede ser indistinguible clínicamente de otros procesos reactivos o neoplásicos de la mucosa oral situada alrededor de un implante 2, 3. Los estudios sobre los aspectos histopatológicos en patología periimplantaria son muy escasos 2, 3.

Objetivo: Conocer los diagnósticos histopatológicos de biopsias orales remitidas clínicamente como periimplantitis.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo sobre 68 biopsias remitidas al Servicio SDPOMF para su estudio histopatológico con el diagnóstico clínico de periimplantitis, desde Enero de 2005 hasta Junio de 2015. Correspondían a 53 mujeres y 15 hombres, con una edad media de 58 años (23-83). Todos los casos fueron observados y diagnosticados por varios patólogos orales. Con los datos anonimizados se realizó un análisis estadístico descriptivo.

Resultados:

En la Tabla 1 parecen agrupados los diferentes diagnósticos histopatológicos. Las lesiones se localizaron (n=39) en el 46,1% (18) en el maxilar superior y en el 53,8% (21) en la mandíbula.



Figura 1: Carcinoma oral de células escamosas periimplantario.

| Patología | n (%) |
|---|-------------|
| Patología inflamatoria (periimplantitis) | 37 (54,41%) |
| Hiperplasia conectiva con inflamación (granuloma piogénico) | 15 (22,05%) |
| Granuloma periférico de células gigantes | 10 (14,70%) |
| Infección específica actinomicótica | 4 (5,88%) |
| Carcinoma oral de células escamosas | 2 (2,94%) |

Tabla 1: Diagnóstico histopatológico de las 68 lesiones periimplantarias.



Figura 2: Granuloma periférico de células gigantes periimplantario.

Discusión:

En nuestro estudio más de la mitad (54%) de las lesiones remitidas como periimplantitis correspondieron, como cabía esperar, a patología inflamatoria no específica. Las lesiones granulomatosas han sido las segundas más comunes, preferentemente las hiperplasias conectivas con inflamación (granuloma piogénico). Llama la atención el alto número de casos (14,70%) de granuloma periférico de células gigantes.

Nuestros resultados son similares a los referidos en publicaciones anteriores³, aunque solo se han descrito 12 casos de granuloma de células gigantes⁴⁻¹¹ y 3 casos de granuloma piogénico¹²⁻¹⁴. Estas lesiones reactivas benignas, representarían un proceso evolutivo de la periimplantitis, mas evolucionado y en ocasiones agresivo, asociándose a situaciones más destructivas que no responden al tratamiento convencional de la periimplantitis.

En nuestro estudio hemos observado también casos de un proceso infeccioso específico con presencia de colonias actinomicóticas. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Kaplan y cols.³ que reconocen la presencia de formas actinomicóticas en cerca del 30% de sus casos.

Es muy importante resaltar que en nuestra serie, 2 casos correspondieron a un carcinoma oral de células escamosas. En la actualidad se han publicado alrededor de 40 casos de carcinomas primarios asociados a implantes, y en una mayoría se presentaron clínicamente con un aspecto similar a una periimplantitis¹⁵⁻¹⁸.

Conclusiones:

1. Un importante porcentaje de la patología periimplantaria corresponde a procesos patológicos específicos, algunos malignos.
2. Es fundamental tener una confirmación histopatológica en las lesiones periimplantarias para poder conocer la verdadera naturaleza del proceso y evitar su infradiagnóstico.

Agradecimientos: Dr. R. Martínez-Conde (Fig 1) // Dr. F.J. Elizondo (Fig2).

1- Klinge B, Meyle J; Working Group 2. Peri-implant tissue destruction. The Third EAO Consensus Conference 2012. Clin Oral Implants Res. 2012 Oct;23 Suppl 6:108-10.

2- Berglundh T, Zitzmann NU, Donati M. Are peri-implantitis lesions different from periodontitis lesions? J Clin Periodontol 2011; 38:188-202.

3- Kaplan I, Hirschberg A, Shlomi B, Platner O, Kozlovsky A, Ofec R, Schwartz-Arad D. The importance of histopathological diagnosis in the management of lesions presenting as peri-implantitis. Clin Implant Dent Relat Res. 2015 Jan;17 Suppl 1:e126-33.

4- Hirschberg A, Kozlovsky A, Schwartz-Arad D, Merdinger O, Kaplan I. Peripheral giant cell granuloma associated with dental implants. J Periodontol 2003; 74:1381-1384.

5- Bischof M, Nedir R, Lombardi T. Peripheral giant cell granuloma associated with a dental implant. Int J Oral Maxillofac Implants 2004; 19:295-299.

6- Cloutier M, Charles M, Carmichael RP, Sándor GK. Analysis of peripheral giant cell granuloma associated with dental implant treatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endo 2007; 103:618-622.

7- Scarano A, Iezzi G, Artese L, Cimarelli E, Piatelli A. Peripheral giant cell granuloma associated with a dental implant. A case report. Minerva Stomatol 2008; 57:529-534.

8- Hernandez G, Lopez-Pintor RM, Torres J, de Vicente JC. Clinical outcomes of peri-implant peripheral giant cell granuloma: a report of three cases. J Periodontol 2009;80:1184-1191.

9- Ozden FO, Ozden B, Kurt M, Gündüz K, Günhan O. Peripheral giant cell granuloma associated with dental implants: a rare case report. Int J Oral Maxillofac Implants 2009;24:1153-6.

10- Hanselaer L, Cosyn J, Browaeys H, De Bruyn H. Giant cell peripheral granuloma surrounding a dental implant: case report. Rev Belge Med Dent (1984) 2010; 65:152-158.

11- Peñarrocha-Diago MA, Cervera-Ballester J, Maestre-Ferrín L, Peñarrocha-Oltra D. Peripheral giant cell granuloma associated with dental implants: clinical case and literature review. J Oral Implantol 2012; 38:527-532.

12- Olmedo DG, Paparella ML, Brandizzi D, Cabrini RL. Reactive lesions of peri-implant mucosa associated with titanium dental implants: a report of 2 cases. Int J Oral Maxillofac Surg 2010; 39:503-507.

13- Dojcinovic I, Richter M, Lombardi T. Occurrence of a pyogenic granuloma in relation to a dental implant. J Oral Maxillofac Surg 2010; 68:1874-1876.

14- Moergel M, Karbach J, Kunkel M, Wagner W. Oral squamous cell carcinoma in the vicinity of dental implants. Clin Oral Investig 2014 Jan;18(1):277-84.

15- Anitua E, Piñás L. Pyogenic granuloma in relation to dental implants: Clinical and histopathological findings. J Clin Exp Dent. 2015;7(4):e447-50.

16- Pfammatter C, Lindenmüller IH, Lugli A, Filipi A, Kühl S. Metastases and primary tumors around dental implants: a literature review and case report of peri-implant pulmonary metastasis. Quintessence Int 2012; 43:563-570.

17- Marini E, Spink M, Messina AM. Peri-implant primarsquamous cell carcinoma: a case report with 5 years' followup. J Oral Maxillofac Surg 2013; 71:322-326.

18- Javed F, Al-Askar M, Qayyum F, Wang HL, Al-Hezaimi K. Oral squamous cell carcinoma arising around osseointegrated dental implants. Implant Dent 2012; 21:280-286.

19- Czerninski R, Kaplan I, Almozni G, Maly A, Regev E. Oral squamous cell carcinoma around dental implants. Quintessence Int 2006; 37:707-711.

Premios del XIII Congreso SECIB

Finalmente destacar que el XIII Congreso SECIB – Bilbao 2015 se clausuró con la entrega de premios que se concedieron a las comunicaciones orales y pósters presentados. Así mismo se entregaron también los Premios SECIB a los mejores artículos de investigación publicados en revistas de impacto extranjeras •



**Algunos
premiados
en SECIB Bilbao**



VI Simposio Internacional / VI International Symposium

AVANCES EN CANCER ORAL

ADVANCES IN ORAL CANCER



NAZIOARTEKO
BIKAINTASUN
CAMPUSA
CAMPUS DE
EXCELENCIA
INTERNACIONAL



San Sebastián - Donostia
País Vasco - Basque Country

Departamento de Estomatología II
Servicio Clínica Odontológica. UFI 11/25



- Talleres
Workshops
- Presentaciones de investigación
Research presentations
- Sesión Clinicopatológica
Clinicopathological Session
- Conferencias
Conferences

| Bar | Percentage |
|-----|------------|
| 1 | 2% |
| 2 | 81% |
| 3 | 70% |
| 4 | 52% |
| 5 | 64% |

ACTGACTACAGACTACGATCGACATCAGATG

21-22 Julio, 2016 // July 21th-22th, 2016

Información/information: vioralcancersymp@gmail.com

XII Congreso SEOEME

En Cádiz los días 6 y 7 de noviembre

El XII Congreso de la Sociedad Española de Odontostomatología para el minusválido y pacientes especiales (SEOEME), se celebró los días 6 y 7 de noviembre en la ciudad de Cádiz.

El congreso, que contó con una gran asistencia de profesionales, ha sido organizado por el Dr. José Ramón Corcuera y su equipo, y ha contado con interesantes mesas redondas y temas tan relevantes como el tratamiento odontológico de los pacientes que toman o se les administran bisfosfonatos, moderada por el Profesor Pedro Díaz, de la Universidad de Santiago de Compostela, en la que tuvo gran relevancia la ponencia del Profesor José Vicente Bagán, de la Universidad de Valencia, profesional con amplia experiencia en el tratamiento de este tipo de pacientes.

En este sentido, destacamos que durante este encuentro profesional el Profesor José Vicente Bagán recibió el emotivo homenaje de todos los asistentes por su inestimable colaboración con la SEOEME, recibiendo la Medalla de Oro de la sociedad.

Por otro lado, se organizaron otras interesantes mesas redondas, como la celebrada sobre el pacien-

te psiquiátrico y el paciente mayor con polifarmacia, moderada por el Profesor José Antonio Gil-Montoya, de la Universidad de Granada. También se desarrollaron foros sobre enfermedades raras, coordinados por el Profesor Guillermo Machuca, de la Universidad de Sevilla, otro sobre trastornos del desarrollo neurológico en el gabinete dental, moderado por la Dra. Rosa Mourelle Martínez, del Servicio Madrileño de Salud y de la Universidad Complutense. Para finalizar se organizó una nueva mesa redonda sobre anestesia general y sedación moderada, por el Dr. Julián López, del Hospital Nen Deu de Barcelona.

Para finalizar, en este **importante congreso se toma la decisión del cambio de nombre de la sociedad como “Sociedad Española de Odontostomatología en Pacientes con Necesidades Especiales”** (SEOENE), y se designó como próxima sede del congreso la ciudad de Salamanca, dentro de 2 años •



Importante asistencia y calidad de las ponencias expuestas





*Deseamos a todos nuestros lectores
y colaboradores unas Felices Fiestas
repletas de felicidad y grandes sonrisas.*

El equipo de

ODONTÓLOGOS
de hoy

[5 Y 6 DE FEBRERO]

IX Congreso de Actualización en Implantología Mozo-Grau-2016

Desde 1998, año en el que celebró sus primeras Jornadas de Actualización en Implantología, Mozo-Grau ha incrementado, cita tras cita, el nivel de este evento hasta llegar a su IX edición, convertida ya en Congreso.

El 5 y 6 de febrero de 2016 se celebrará el IX Congreso de Actualización en Implantología en el recinto ferial IFEMA (Madrid). Esta edición coincidirá con la celebración del XX Aniversario de la compañía.

El programa científico, dividido en cuatro bloques, Periodoncia y Peri-implantitis; Maxilar atrófico; Carga Inmediata y Preservación alveolar, estará compuesto por un cartel de ponentes nacionales e internacionales entre los que se encuentran, entre otros, los siguientes profesionales: Dr. Abel García García; Dr.

Alberto Fernández Sánchez; Dr. Andrea Mombelli (Suiza); Dr. Arturo Sánchez Pérez; Dr. Carlos Navarro Vila; Dr. Conrado Aparicio (USA); Dr. Daniele Botticelli (Italia); Dr. Florencio Monje Gil; Dr. Juan Antonio Huetto; Dr. Juan Blanco Carrión; Dr. Juan Carlos de Vicente Rodríguez; Dr. Marco Esposito (Italia); Dr. Miguel Peñarrocha Diago; Dr. Santiago Ochandiano Caicoya, etc.

Paralelamente se celebrarán cursos teórico-prácticos, presentación de los proyectos de investigación de Mozo-Grau, cursos para técnicos de laboratorio y personal auxiliar, y un taller de marketing aplicado a la clínica dental impartido por el Dr. Alberto Manzano.

En su anterior edición, celebrada en 2014, este evento de intercambio científico congregó a 1.902 inscritos •

[POR SU ATENCIÓN TELEFÓNICA, CLARIDAD Y PRECIO]

A.M.A ofrece uno de los mejores seguros de coches

A.M.A., la Mutua de los Profesionales Sanitarios, ha sido la tercera aseguradora de coches mejor valorada por atención telefónica, claridad y transparencia del contrato, e importe de la pri-

ma. La distinción corresponde a la encuesta de satisfacción entre 18 aseguradoras de vehículos realizada este año por la Organización de Consumidores y Usuarios, OCU, entre 5.000 de sus socios •

[GSK]

¿Cómo afecta la sensibilidad dental a sus pacientes?

La sensibilidad dental puede afectar hasta 1 de cada 3 personas debido a los impactos diarios que sufre la dentina. La dentina al quedar expuesta puede provocar un dolor punzante y breve. Además se ha demostrado que la sensibilidad puede afectar a la calidad de vida del paciente. Un ejemplo de ello es la limitación a la hora de comer y beber.

La pasta dentífrica Sensodyne Repair & Protect, con la acción avanzada de la tecnología NovaMin®, genera una capa

similar a la hidroxiapatita, tanto en la superficie como en el interior de los túbulos dentinarios que repara y protege la dentina expuesta de los agentes que provocan sensibilidad dental. Su efecto comienza en apenas 1 semana y se mantiene tras 6 meses de uso diario.

Para un cuidado completo de los dientes sensibles tiene a su disposición la gama de pastas dentífricas, colutorios y cepillos •



EXPOUENTAL

SALÓN INTERNACIONAL DE EQUIPOS,
PRODUCTOS Y SERVICIOS DENTALES

10-12
Marzo
2016

ORGANIZA



UIBUJA
UNA SONRISA

www.expodental.ifema.es

IFEMA Feria de Madrid
902 22 15 15 · Llamadas Internacionales: (34) 91 722 30 00
expodental@ifema.es

PROMUEVE



NSK

CREATE IT.



[NSK]

NSK presenta iClave mini

NSK presenta dentro de su nueva línea de autoclaves: **iClave mini**, que cumple con los estándares europeos de esterilización. Totalmente portátil (altura: 360 mm - peso: 15,5 kg), rápido y con gran capacidad. Con ciclos rápidos muy eficaces (tiempo de esterilización: 14 minutos). Realiza varias fases de vacío para esterilizar correctamente incluso el interior de las piezas de mano. Diseño cómodo y

fácil de manejar. Superficies lisas sin soldaduras, tanto en el interior, como en el exterior. La nueva tecnología de calentamiento que rodea la cámara de 2,5 litros funciona igual que la combinación de la cámara de cobre y el sistema de Calor Adaptativo. **iClave mini** destaca por la fiabilidad de la esterilización y cabe en cualquier parte •

[NOMBRAMIENTO]

Eduard Goñalons, nuevo Director de Ventas Iberia de Inibsa Dental

Eduard Goñalons se ha incorporado como nuevo Director de Ventas Iberia en la compañía Inibsa Dental, en sustitución de Ernesto Arenas, que a finales de año causará baja en la empresa por jubilación.

El nuevo director coordinará y liderará el equipo de ventas en el ámbito español y portugués. Goñalons es licenciado en Farmacia por la Universidad de Barcelona, y posteriormente doctorado en Farmacia por la misma universidad. Es poseedor de un máster en Administración y Dirección de Empresas (MBA) en ESADE.

Eduard Goñalons aporta una trayectoria de más de 15 años como profesional en el sector farmacéutico. Su experiencia más reciente ha sido en Palex Medical, S.A.U. como International Business Director / Business Unit Director en Palex Medical, S.A.U.

Goñalons tiene mucha experiencia en la gestión de equipos en entornos competitivos, y en esta nueva etapa se le presenta el reto de mantener el liderazgo del negocio del sector dental en el ámbito español y portugués y, a su vez, potenciar el crecimiento de la compañía en los próximos años •

[DESCARGA GRATUITA PARA APPLE Y ANDROID]

Nueva aplicación gratuita del Anuario de implantes de maxilaris

MAXILLARIS ha lanzado la App del Anuario de Implantes Dentales, gratuita y válida para dispositivos Apple y Android. Gracias a este desarrollo, los profesionales del sector tienen disponible, las 24 horas del día los siete días de

la semana, toda la información relativa a los implantes dentales comercializados en este momento —características de cada una de las gamas, sistemas de regeneración, instrumental, formación, software y laboratorio— •



Descargue GRATIS la App del Anuario de Implantes Dentales

Única herramienta de consulta • Diferentes parámetros de búsqueda • Galería de imágenes • Directorio de empresas

MaxillarIS

* de implantes dentales, regeneración, formación, instrumental, software, laboratorio de prótesis.

[ENTREGA DE PREMIOS]

Entrega del Primer premio del Certamen de Fotografía Solidaria ODH-FDM

El premio patrocinado por DVD fue entregado a la ganadora Milena García en un acto al que asistieron Joan Sensarrich- Director General DVD, Carlos Rubinos- Director Comercial DVD, María Muñoz- Directora Marketing DVD, Dra. Mylena García- Fundación Vicente Ferrer, Dr. Vicente Lozano- Fundación Vicente Ferrer, Dr. Juan José Guarro- ODH.

El Premio se destino a la ONG Fundación Vicente Ferrer •



Entrega 2º Premio Fotografía Solidaria

En la imagen, de izquierda a derecha: Quique Planas (Miss Iberica), Alberto Pérez Porro (Dental Coup-O.N.G.) y Mar Encinas (ganadora del 2º premio) •



[MIGUEL ÁNGEL VARONA]

“La Orden de San Juan de Dios no podría haber mantenido su Misión caritativa sin el reconocimiento y apoyo de la sociedad”

El Hermano Miguel Ángel Varona (1952), Superior Provincial de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de Castilla, nació en Tormantos (La Rioja). Hizo la profesión simple en 1971 y la Profesión Solemne en 1977. Es Licenciado en Medicina y Cirugía, Especialidad en Geriatría, y Diplomado en Enfermería. Realizó además un Master en Dirección de Empresas y Dirección Hospitalaria.

En la charla con “Odontólogos de Hoy” nos explicó todo el origen y funcionamiento de la orden de San Juan de Dios, sus objetivos, programas de atención a los más desfavorecidos y el significado del reconocido galardón “Premio Princesa de Asturias de la Concordia 2015”.

MARÍA JOSÉ GARCÍA







Odontólogos de Hoy: *Para situarnos mejor... ¿cómo prefiere que nos dirijamos a usted, como médico o como Hermano?*

MIGUEL ÁNGEL VARONA: Evidentemente como Hermano.

ODH: *¿Cuáles son los objetivos de una orden como la de San Juan de Dios?*

M.A.V.: Somos una Institución Religiosa Católica, de carácter “no lucrativo”, con casi 5 siglos de historia (Granada S. XVI), cuya misión desde sus inicios ha estado relacionada con el mundo del dolor y la enfermedad, a través de la promoción de Centros u Hospitales en los campos de la atención Sanitaria y Social.

A lo largo de su historia siempre se ha movido entre dos vertientes: una de SUSTITUCION ante la no existencia de Recursos por parte de los Estados y la otra de COMPLEMENTARIEDAD ante la insuficiencia de recursos de lo público.

Pretendemos dar un modelo de atención adaptado a los retos de la sociedad actual, con el objetivo de promocionar y mejorar la salud de las personas y su calidad de vida, sin distinción por cuestión de género, creencias u origen, para crear una sociedad más justa y solidaria.

ODH: *¿Cómo se fundó la Orden? Cuéntenos algo de sus orígenes.*

M.A.V.: San Juan de Dios (1495-1550) fue inspirador y fundador de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJD) por su vida, su carisma religioso y su acción hospitalaria, reconocida por el Papa Pío V el 1 de enero de 1572.

En el siglo XVI, en Granada, San Juan de Dios fundó el primer hospital con un concepto moderno e integral de la atención de la persona enferma, siendo un pionero en su tiempo, que atendió a las personas que vivían en la calle en situación de pobreza, y sufrían trastorno mental y exclusión social.

A la muerte de San Juan de Dios su obra fue continuada por sus seguidores y compañeros, y se fue extendiendo por España, Italia y otras naciones de Europa, y de una manera especial por América, abriéndose hospitales a semejanza del existente en Granada.

ODH: *¿Cuáles son los principios fundamentales por los que ustedes se rigen?*

M.A.V.: Como decía al principio somos una Institución de Iglesia por

lo que nuestros Principios se basan en la Doctrina e Ideario Católicos. Seguimos una escala de valores que parten de la HOSPITALIDAD como valor central, como su “metavalor”, queriendo significar eminentemente humanidad, humanización, solidaridad, acogida,... Paralelamente hemos querido vehiculizar este “metavalor” a través de otros cuatro valores guía, que son:

- **Calidad** (como base esencial del Servicio y Gestión).
- **Respeto** (por todas las personas que acuden a nuestros Centros, especialmente por la persona asistida).
- **Responsabilidad** (como criterio fundamental en el desarrollo del servicio y gestión).
- **Espiritualidad** (para guiar a cada persona de hoy en su búsqueda de significado, de lo trascendental, de su religiosidad).

Este es el reto, el ir revitalizando nuestro Carisma de la Hospitalidad para una adecuada inserción en las necesidades de nuestra sociedad actual.

ODH: *¿Cómo están organizados?*

M.A.V.: La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJD) está presente en 55 países en los cinco continentes, con más de 400 centros y dispositivos sociales y sanitarios que incluyen hospitales, dispensarios, y centros para personas con enfermedad mental, con discapacidad, mayores, personas sin hogar y en riesgo de exclusión social.

Nuestra estructura organizativa parte del Gobierno General de la Orden con sede en Roma (Italia), y está constituida por demarcaciones geográficas que llamamos Provincias Religiosas. Cada Provincia Religiosa está compuesta por un determinado número de Centros u Obras Apostólicas, cada uno de los cuales está adscrito a una Comunidad Religiosa.

En España por ejemplo tenemos 3 Provincias (Aragón, Castilla, Andalucía) que disponen de una red de 75 centros y dispositivos socio-sanitarios que atienden a cerca de un millón cuatrocientas mil personas al año y cuenta con más de 11.300 profesionales y casi 3.000 voluntarios.

ODH: *La sociedad ha cambiado en estos años. ¿Los problemas sociales son también diferentes a los de otras épocas recientes?*

Son evidentes el progreso y desarrollo que nuestra sociedad está experimentando en los últimos tiempos hasta el punto de asumir que estamos en un cambio de época. Creo que lo acelerado de este proceso de cambio, así como el cambio en sí mismo, está provocando y alimentando una serie de problemas que impiden que el incremento en la riqueza cualitativa de la vida social que se ha conseguido, sea muchas veces no equitativa y desigual, cuando no injusta. Quiero decir con esto que los problemas son diferentes porque diferente es el constructo (valores éticos y culturales, normas, símbolos, productos culturales,...) de nuestras estructuras sociales actuales, y distintas son sus necesidades, pero, al mismo tiempo, siempre están por medio algunas características, de carácter distributivo, que siempre se han dado: la desigualdad, la no equidad, y muchas veces, la injusticia.

ODH: *Vivimos tiempos de escasez de vocaciones religiosas. ¿Cómo surgió su vocación para dedicar su vida a la Orden?*

M.A.V.: Mi primer contacto con la Orden surge muy joven, pues hice mis primeros estudios de bachiller en el Colegio Apostólico que la Orden tenía en Palencia. Seguidamente me incorporé a las distintas etapas que componen el proceso formativo de la Orden (Postulante, Noviciado, Escolasticado), haciendo mi profesión solemne en el año 1977. Decir que el camino vocacional es un itinerario que dura toda la vida y durante el cual vas forjando tu vocación.

ODH: *¿Cuántos hermanos tiene la Orden en España y en el mundo?*

M.A.V.: La verdad es que siempre hemos sido una Institución, que comparada con otras instituciones religiosas, tiene un número de Her-

“
Son evidentes el progreso y desarrollo que nuestra sociedad está experimentando en los últimos tiempos hasta el punto de asumir que estamos en un cambio de época.
 ”

manos más bien pequeño. Actualmente somos 1.100 Hermanos en el mundo, de los cuales 260 somos españoles.

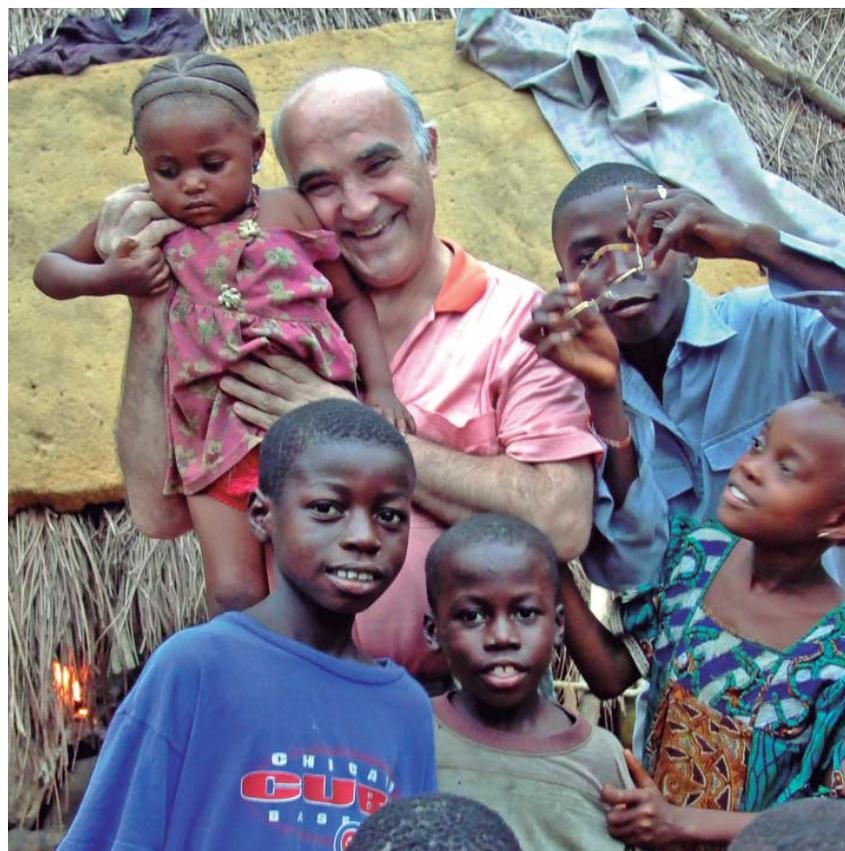
Lógicamente, la amplia misión que desarrolla la Orden en el mundo a través de sus más de 400 Centros y Servicios no sería posible sin la contribución y compromiso de los 55.000 profesionales y 9.000 Voluntarios que junto con los Hermanos componemos la Familia de San Juan de Dios.

ODH: *¿Cree que la sociedad reconoce y valora la importancia de la actividad social y humana que desarrollan órdenes como la suya?*

M.A.V.: Indudablemente, sí. Al menos, la Orden Hospitalaria no hubiese podido mantener su Misión caritativa a lo largo de estos casi 500 años sin el reconocimiento y apoyo de la sociedad. Otra cosa es que continuemos necesitando de la ayuda y soporte generoso de la sociedad, como así es.

ODH: *¿Cómo valora la crisis del ébola? ¿nos hemos convertido en una sociedad reactiva, que actúa tan sólo para hacer frente a problemas ya manifiestos, sin prevenir este tipo de situaciones?*

M.A.V.: Creo que soy realista al decir que la crisis del ébola fue tal porque, de la noche a la mañana, vimos amenazado nuestro modo de vida occidental. Pero tengo que decir que a la vez sirvió para que al menos durante un tiempo, nuestra sociedad



europaea de preocupase de esas partes del mundo, generalmente países jóvenes por su reciente independencia, donde la esclavitud, la pobreza extrema y las enfermedades son realidades sangrantes que, sin la ayuda y cooperación internacional, no podrán solucionarse.

“

No somos una institución educativa, aunque siempre hemos estado convencidos de que para “mejorar la atención social y sanitaria” la formación continua es un pilar fundamental.

”

A la vista de lo que está pasando ahora con la crisis de los refugiados, a la que aplicaría la misma reflexión, estoy de acuerdo en que nos hemos convertido en una sociedad reactiva ante cualquier amenaza que pueda afectar a nuestro estilo de vida occidental. Nos falta aún mucho para ser una sociedad pro-activa que no mire tanto a nuestro bienestar sino al bienestar de los pueblos que lo están pasando mal.

ODH: *¿Cómo han afectado estos años de dura crisis económica a su labor social?*

M.A.V.: Como a todos, la crisis económica nos ha afectado y nos está afectando a consecuencia, sobre todo, de la disminución de los recursos económicos procedentes de los contratos que mantenemos con las Administraciones públicas. Han sido necesarios ajustes, pero en términos generales he de decir que, hasta ahora, estamos logrando mantener la mayoría de nuestros dispositivos asistenciales abiertos. Ello quiere decir, que aparte de seguir ofreciendo los mismos niveles de servicios, estamos logrando mantener la mayoría de los puestos de trabajo, que también es una acción social hoy, sobre todo con los tiempos que corren.

ODH: *Acaban de ser galardonados con el prestigioso premio “Princesa de Asturias de la Concordia 2015”, ¿qué representa para ustedes este reconocimiento?*

M.A.V.: No cabe duda que este galardón supone para nosotros un reconocimiento y espaldarazo a la labor que la Orden realiza a lo largo del mundo, o mejor dicho, es un reconocimiento a la labor de tantas personas que han permitido y hacen posible que la Orden siga fiel a su carisma de Hospitalidad a lo largo del mundo, principalmente los que componemos la Familia de San Juan de Dios: Hermanos, Trabajadores, Voluntarios, Bienhechores...

A la vez, este premio nos estimula a seguir realizando nuestra misión de Hospitalidad y como dice el Papa Francisco, seguir cuidando la fragilidad del mundo, construyendo puentes de esperanza y promoviendo la JUSTICIA y la HOSPITALIDAD como los grandes motores de nuestra sociedad.

ODH: *La obra social de los Hermanos de San Juan de Dios trabaja en países desfavorecidos. ¿Cuáles son los principales proyectos que desarrollan y en qué países?*

M.A.V.: En España canalizamos todo lo relacionado con el desarrollo y la cooperación internacional, a través de la ONG “Juan Ciudad”. Creada en 1991 para trabajar en el ámbito de la Cooperación Internacional por un Desarrollo Humano Sostenible, y la defensa de los Derechos Humanos, especialmente el derecho universal de todas las personas a poder acceder a servicios de atención socio-sanitaria.

Las contrapartes de Juan Ciudad ONGD son centros y dispositivos hospitalarios y socio-sanitarios de San Juan de Dios en países empobrecidos en África, América Latina y Asia, estando presente en 27 países en desarrollo, con un total de 70 hospitales y centros sanitarios.

Trabajamos principalmente en Proyectos de cooperación para el desarrollo (mejora y equipamiento de las infraestructuras socio-sanitarias con nuestras contrapartes y programas de salud), Ayuda Humanitaria (Organización logística y envío de materiales, productos y equipamiento sanitario,

así como alimentos y medicinas.), Voluntariado Internacional y Sensibilización y Educación para el Desarrollo (EPD).

ODH: *La formación es uno de los pilares sobre los que se asienta la obra de la Fundación de San Juan de Dios. ¿Cuáles son los principales programas que desarrollan y a qué tipo de profesionales van dirigidos?*

M.A.V.: La Fundación Juan Ciudad (FJC), fue creada por la Orden en España en el año 1985 con el objetivo de mejorar la atención social y sanitaria que se presta a través de su red de 75 centros y dispositivos para atender a las personas enfermas y en situación de vulnerabilidad.

No somos, por tanto, una institución educativa, aunque siempre hemos estado convencidos de que para “mejorar la atención social y sanitaria” la formación continua es un pilar fundamental. A ello dedicamos grandes esfuerzos.

Estamos organizados en “grupos de mejora” por sectores (salud mental, discapacidad, ancianos, hospitales, colectivos vulnerables...) donde se abordan todos los aspectos que conducen a una atención integral de nuestros usuarios y donde, por supuesto, la visión multidimensional de la persona y la interdisciplinariedad juegan un papel fundamental.

ODH: *Esta publicación está dirigida a profesionales de la salud bucal. ¿Nos puede dar una recomendación para el día a día de los sanitarios de esta área de la medicina?*

M.A.V.: Es una recomendación que daría a todos los profesionales sanitarios: **Cuidar la calidad del servicio y la calidez de trato con los usuarios o pacientes** •

“Mis dientes sensibles hacen que no disfrute de algunas comidas y bebidas”.

Enrique ha tenido problemas con el reflujo ácido y la dentina expuesta durante muchos años.[^]



Un **70,4%** de quienes padecen sensibilidad dental, como muchos de sus pacientes, afirman experimentar limitaciones funcionales diarias similares a las de Enrique.¹

Recomiende Sensodyne Repair & Protect con tecnología NovaMin[®]: crea una capa reparadora similar a la hidroxiapatita²⁻⁵ sobre las áreas sensibles de los dientes, que es hasta un 50% más dura que la dentina expuesta.⁵ Transcurrida una semana,⁶ se empieza a notar alivio de la sensibilidad y, 6 meses después, se siguen produciendo mejoras en aquellos pacientes que lo usan de forma diaria.^{*7}

Ayude a que sus pacientes disfruten de una vida más libre de sensibilidad dental.* Visite www.sensodyne.es

[^] La historia de este paciente responde a una finalidad meramente ilustrativa. *Con el cepillado dos veces al día. **1.** Datos de archivo de GSK, RH02026. **2.** Greenspan DC *et al.* J Clin Dent 2010; 21: 61-65. **3.** La Torre G and Greenspan DC. J Clin Dent 2010; 21(Spec Iss): 72-76. **4.** Earl JS *et al.* J Clin Dent 2011; 22(3): 62-67(A). **5.** Parkinson CR *et al.* J Clin Dent 2011; 22(3): 74-81. **6.** Datos de archivo de GSK, RH01422. **7.** Datos de archivo de GSK, RH01897. Elaborado en febrero de 2015. CHESP/CHSENSO/0027/15

[DAVID GALLEGO]

“Hemos tratado de situar a SECIB en un lugar de referencia en Cirugía Bucal e Implantológica”



Tras tres exitosos años de gestión al frente de SECIB, David Gallego dejará de ser presidente de esta importante sociedad científica en la que, acompañado de un excelente equipo de profesionales, ha desarrollado innovadores e interesantes proyectos, ampliando y ofreciendo a los nuevos odontólogos una importante oferta de cursos y todo tipo de apoyo en sus primeros pasos dentro de la profesión. **MARÍA JOSÉ GARCÍA**

“Odontólogos de Hoy”: *Tras 3 años ocupando la presidencia de SECIB, ¿con qué sensación cierra su etapa de gestión en esta sociedad científica?*

David Gallego: Con la de “satisfacción” de haber cumplido los objetivos de gestión que nos marcamos y con la de “gratitud” hacia todas las personas de SECIB que se han involucrado para ello.

ODH: *SECIB Bilbao ha sido su despedida. ¿Cuál es su valoración de este Congreso?*

D.G.: SECIB-Bilbao 15’ ha sido un magnífico broche a la gestión que hemos podido realizar en estos tres últimos años. Ha sido sin duda, con casi mil asistentes, un éxito de convocatoria. Hemos contado con la participación de ponentes nacionales e internacionales de prestigio y hemos tratado temas de vanguardia, que han estado a la altura del lema del congreso: “Exige ciencia, exige respuestas”.

También la industria ha respondido muy bien a la llamada a un congreso donde la ciencia y respuestas

que exigían los congresistas SECIB estaba garantizada. La comercialización de Expo-Secib fue un éxito desde el primer momento y se completó en apenas unas semanas.

Para todo ello, ha habido detrás un gran trabajo de la Dra. Agurne Uribarri y los comités organizadores y científicos que ha tenido a su lado, así como de la infraestructura propia de SECIB.

ODH: *Desde su punto de vista, ¿qué papel juegan las sociedades científicas en nuestra profesión?, y en el caso de la SECIB, ¿cuáles son sus objetivos?*

D.G.: Las sociedades científicas deberían convertirse en la referencia para instituciones y profesionales del área de capacitación que les ocupe, y en dinamizadoras, no sólo de la traslación del conocimiento de ello, sino también de su generación.

En el caso de SECIB hemos tratado de situarla en el nivel de referencia que le corresponde en relación a la Cirugía Bucal e Implantológica, así como liderar dentro de las sociedades científicas la difícil labor de ser generadoras de conocimiento, más allá de

la traslación del mismo que hacemos a través de los cursos o congresos.

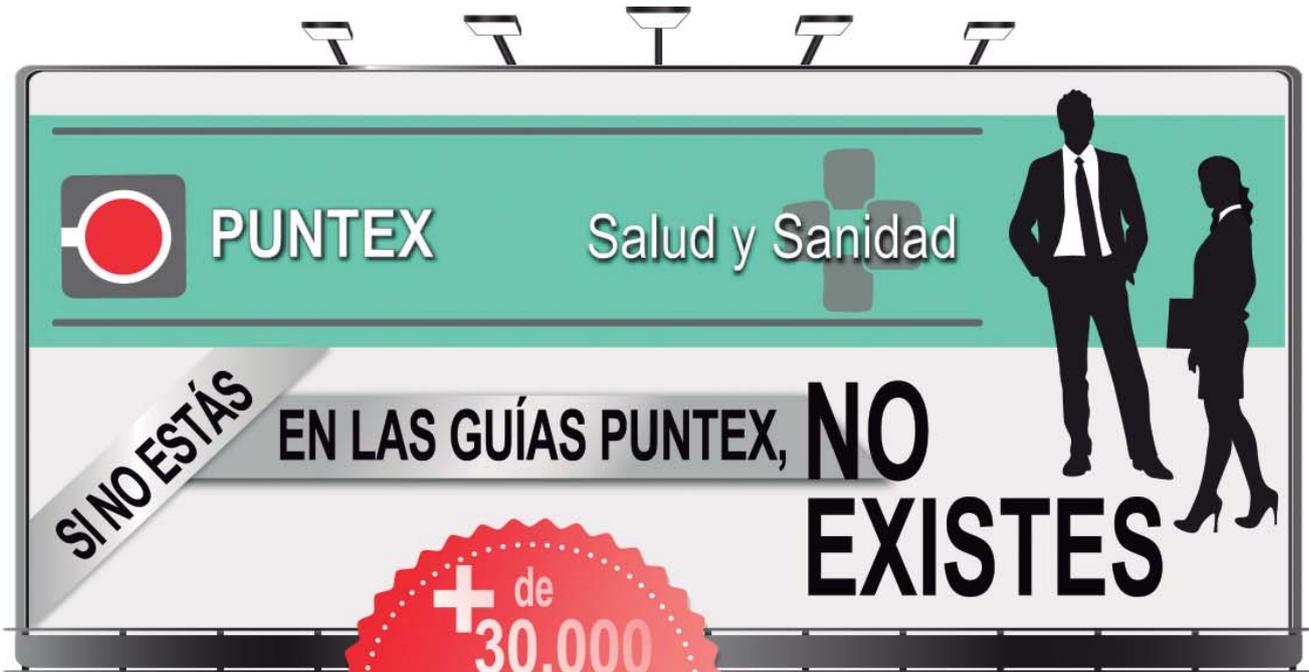
ODH: *¿Qué estrategia ha tenido SECIB en estos tres años para crecer como referente de la Cirugía Bucal?*

D.G.: Fundamentalmente aumentando su actividad y presencia anual mucho más allá de la celebración de los congresos anuales... y hacerlo con calidad.

Para tal fin hemos desplegado una amplia y atractiva oferta de cursos de Formación Continuada SECIB distribuidos por la geografía nacional. Sólo en los últimos 2 años hemos tenido 13 cursos teórico-prácticos diferentes en otras tantas provincias.

Y también hemos favorecido, para establecer nuevas sinergias institucionales, la firma de distintos convenios, pero siempre dotados todos de contenido y actividad concreta a materializar. Asimismo, también hemos activado los convenios ya existentes con eventos de ello.

Todo ello ha aumentado la presencia nacional de SECIB a lo largo de estos años y la calidad de ella.



ESPACIO EN LA HOME PAGE

La home page es la página principal por donde entran todas las visitas

1. Espacio preferente junto al buscador, rotativo y para 3 anunciantes como máximo. Mensajes en base a imágenes que pueden tener una llamada para desplegar más información o video promocional.

2. Espacio reservado para un solo anunciante, justo debajo del anterior, ocupa todo el ancho de la página. Como en el caso anterior con un click puede desplegar información o video promocional.

3. LOGO PARTNERS. Muestra el logo del partner, permite clicar en el logo y te puede llevar a varias opciones como ir a la página web del anunciante, desplegar más información o video promocional.

4. NOTICIAS. Posibilidad de añadir una noticia de tipo publicitario en este apartado.



PORTAL PUNTEX, SALUD Y SANIDAD

El Portal PunteX históricamente es el más utilizado por los profesionales de la salud y la sanidad, esto hace que sea un espacio donde el impacto de los mensajes publicitarios llega con toda su utilidad y efectividad. PunteX Salud y Sanidad, ofrece este espacio a aquellas empresas o instituciones que quieran alcanzar una gran notoriedad con sus mensajes entre dichos profesionales. El anunciante objetivo es el siguiente:

- PROVEEDORES DE PRODUCTOS I/O SERVICIOS
- PROMOTORES DE ACTIVIDADES (FERIAS, SEMINARIOS, CONGRESOS, ETC...)
- CENTROS PROFESIONALES
- DISTRIBUIDORES, IMPORTADORES, MATERIAL MÉDICO
- FABRICANTES DE PRODUCTOS PARA LA SALUD
- INSTITUCIONES PÚBLICAS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD
- INSTITUCIONES PÚBLICAS PARA EL FOMENTO DE LA SALUD
- SECTOR TURISMO Y CENTROS DE SALUD
- COMPAÑÍAS FINANCIERAS Y DE SEGUROS
- EMPRESAS SECTOR AUTOMOVILÍSTICO, NAÚTICO, AÉREO
- PROMOTORES PRODUCTO DE CALIDAD
- ETC

PUBLICIDAD EN EL BUSCADOR

El buscador es la página donde más permanecen las visitas que entran en el portal. Este es uno de nuestros espacios publicitarios preferentes.

- El target que entra en esta página suele ser del tipo:
- Comerciales de empresas proveedoras de productos i/o servicios.
 - Marketing de promotores de actividades (Ferias, Seminarios, Congresos, etc)
 - Directivos, compras y mantenimiento de centros hospitalarios y residencias.
 - Profesionales de clínicas dentales y laboratorios
 - Profesionales de comercios de salud
 - Farmacias y distribuidores.
 - Clase médica por especialidades.
 - Centros profesionales consultando especialistas
 - Instituciones y corporaciones sanitarias.
 - Centros de enseñanza consultando especialistas.
 - etc..

1. ESPACIO EN LA PÁGINA DEL BUSCADOR. Espacio reservado para un solo anunciante ocupa todo el ancho de la página. Con un click puede desplegar información o video promocional.

2. BANNER EN LA PÁGINA DEL BUSCADOR. Espacio reservado para diversos anuncios. Con un click puede desplegar información o video promocional.



Salud y Sanidad
 Balmes 245, 2º 3ª - 08006 Barcelona
 Telf: 930 180 262 - Fax: 934 039 752
 info@saludysanidad.eu
 www.punteX.es

ODH: *¿Cuál ha sido el proyecto desarrollado durante su mandato en SECIB del que se siente más orgulloso?*

D.G.: Sin duda alguna un proyecto muy ambicioso que sitúa a SECIB como sociedad científica líder generadora de Ciencia e Investigación. Hemos puesto en marcha y tenemos casi finalizado el proyecto de las 1^{as} Guías de Práctica Clínica en la Odontología española, con los criterios exigidos para ello por el Ministerio Sanidad.

No se trata de unas conclusiones de un workshop ni unos protocolos clínicos al uso. Se trata de un ambicioso proyecto ya que hasta el momento no existían en la odontología española, y existen pocas a nivel internacional, unas Guías de Práctica Clínica con los criterios que exige Guía Salud.

Los tres temas abordados, Cirugía Periapical, Cordales y Lesiones Precancerosas, quedarán por tanto referenciados durante años por SECIB, y no solo a nivel nacional sino también a nivel internacional.

ODH: *Con la experiencia de estos 3 intensos años, ¿puede dar alguna recomendación para los nuevos odontólogos que se están incorporando a la profesión?*

D.G.: Que se involucren con un equipo, universidad o sociedad científica que les permita seguir formándose continuamente a la vez que exploran el mundo profesional.

A los interesados en la Cirugía Bucal les animaría a unirse a SECIB-Joven.

Ésta ha sido precisamente otra de las líneas importantes de esta etapa, potenciar un espacio específico para los jóvenes odontólogos, SECIB-Joven, y con respecto a ello no sólo hemos aumentado exponencialmente el número de socios de esta categoría sino que hemos conseguido un hito para SECIB y es la organización del I^{er} Congreso SECIB-Joven, celebrado este año en Valencia con la presidencia de la Dra. Berta García. Esta cita ha sido un éxito y creemos que hay grandes posibilidades de que tenga visos de continuidad, al menos bianual.

“ *Otra de las líneas importantes de esta etapa ha sido potenciar un espacio específico para los jóvenes odontólogos.* ”

ODH: *¿Qué infraestructura ha necesitado SECIB para hacer frente a la exigencia de los proyectos de esta legislatura?*

D.G.: Básicamente los recursos técnicos y humanos ya existentes, pero con una evolución y crecimiento de los mismos.

Por un lado, a nivel de infraestructura interna de SECIB hemos organizado un crecimiento tanto numérico como conceptual. De tal forma, SECIB tiene hoy en día una secretaría técnica más amplia, pero a su vez convertida ya conceptualmente en equipo de Gerencia y Dirección Ejecutiva.

Y por otro lado, a nivel de coordinación de los Congresos Anuales, hemos evolucionado dicha coordinación hasta enmarcarlos totalmente dentro de SECIB a través de un exigente reglamento de congresos SECIB específicamente creado para ello.

ODH: *¿Cuáles son los principales problemas que acucian a la profesión en España?*

D.G.: Por un lado la saturación del mercado laboral y la presencia de muchas clínicas con un carácter mercantilista de servicios que son de salud.

Y, por otro lado, la heterogeneidad de nivel de la formación continuada postgraduada a la que tienen acceso los dentistas jóvenes interesados en seguir formándose. La necesidad de ordenamiento de este tema hace aún más urgente la aprobación de las especialidades oficiales en Odontología.

ODH: *El eterno debate de las especialidades. ¿Cuántas son necesarias?*

D.G.: Desde el punto de vista conceptual, todas las áreas de capacitación de la odontología que tengan trascendencia de especializarse en cuanto a la suma de su cuerpo de conocimiento específico, necesidad asistencial para la población, y agravio comparativo para los profesionales con respecto al escenario existente en Europa de ellas.

Con esos tres parámetros conceptuales, hoy en día, a nivel nacional, es la Cirugía Bucal el área de capacitación de la odontología que, convirtiéndose en especialidad oficial, más podría aportar en conjunto a población, gobierno y profesionales. Tiene cuerpo de conocimiento específico, aumentaría la calidad y cantidad de los servicios de la odontología para los ciudadanos, reduciría costes sanitarios y es, tras la Ortodoncia, la segunda especialidad oficial más reconocida en Europa.

En esta etapa SECIB ha empujado en este tema todo lo que las circunstancias le han permitido, ayudando a llegar al punto actual de existir, por primera vez, un consenso firmado entre Consejo General de Dentistas, Universidad y principales Sociedades Científicas. Queda mucho camino aún por recorrer pero, al menos, a partir de este momento, se ha conseguido que vayamos unidos.

ODH: *Ha sido el primer odontólogo que ha ocupado la presidencia de SECIB ¿Qué ha supuesto para usted ser el primero en un puesto de esta importancia en la profesión?*

D.G.: Pues supuso, en un principio, una gran responsabilidad. Pero también un gran orgullo y ha sido todo un reto el tratar de estar a la altura de lo que el hito significaba.

He tenido la suerte de estar acompañado por una gran Junta Directiva, todos ellos también odontólogos, ya que sin ellos no hubieran sido posibles los proyectos que hemos desarrollado. Mi gratitud a Daniel Torres, Patricia Bargiela, Rafael Flores, Rui Figueiredo, Berta García y Daniela



Carranza por su apoyo y colaboración.

ODH: *Entre su actividad profesional y las responsabilidades de puestos como el que ha ocupado estos años al frente de SECIB. ¿Le queda tiempo libre para poder disfrutar de sus aficiones?*

D.G.: Sí, he tenido tiempo tanto para las aficiones que tengo como, por supuesto y sobre todo, para mi responsabilidad principal, que es la de padre de 3 hijos pequeños. La clave es hacer a tu alrededor un equipo que lideres y dirijas pues uno solo no puede llegar a mucho sin que te absorba todo el tiempo.

Mi gran afición es el ciclismo por la naturaleza y aunque en estos tres años he tenido tiempo para ella no ha sido tanto como el que me gustaría. Espero tener más en la etapa que comienzo ahora ●



Suscríbese

a nuestra publicación
entrando en la web

www.odontologosdehoy.com

ODONTÓLOGOS
de hoy
Compromiso
RIGOR Y CIENCIA



[DR. ROBERT J. GENCO]

“Recomendaría a los jóvenes odontólogos que se reten a sí mismos para ser mejores y estar al día de los últimos conocimientos”

Profesor distinguido de Biología y Microbiología oral en la Universidad de Búfalo (EEUU). El Dr. Genco es miembro de la Academia Nacional de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos y, entre sus reconocimientos, destacan la medalla de oro por la Excelencia en la Investigación otorgada por la American Dental Association (ADA) y el premio a toda su trayectoria entregado por la SUNY Research Foundation. Ha publicado más de 350 ponencias y ha dirigido estudios pioneros sobre el rol de las infecciones como factor de riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares. De hecho, en sus inicios ya estableció el tabaco, la diabetes mellitus, la obesidad, las dietas bajas en calcio, la osteoporosis y el estrés como factores de riesgo para el desarrollo de periodontitis. Jefe de redacción del 'Journal of Periodontology' de 1996 a 2006. Actualmente, es miembro de la Junta del Museo de ciencia de Búfalo y del WNY Business Development Fund y Excell Partners.

Le entrevistamos en Barcelona donde asistió al Simposio "Diabetes, salud oral y nutrición: Interrelaciones, innovaciones e interacción JSDEI". Iniciativa impulsada por la prestigiosa Clínica Joslin Diabetes Center de Boston y la Fundación Sunstar.

REDACCIÓN.

Traductora:
Elena Alcalde



“Odontólogos de Hoy”: *Visita usted España para asistir al Joslin Sunstar Diabetes Education Initiatives (JSDEI) que se celebra en Barcelona. ¿En qué consisten estas reuniones o seminarios?*

Robert J. Genco: Estas reuniones tienen el objetivo de reunir a expertos en odontología y diabetes para lograr que trabajen juntos y mejoren el abordaje de los pacientes con periodontitis y diabetes.

ODH: *¿En su opinión, los odontólogos están suficientemente concienciados de la necesidad de valorar los problemas generales del paciente para cuidar su salud bucal?*

R.J.G.: Mi opinión sobre el conocimiento que tienen los odontólogos de valorar la salud general del paciente es que es mucho mejor que hace diez o veinte años, pero todavía queda trabajo por hacer. Más dentistas, más higienistas tienen que saber sobre esta relación y, sobre todo, actuar en consecuencia.

ODH: *Ha hablado usted del análisis del microbioma. ¿Nos puede explicar para los odontólogos el concepto de microbioma?*

R.J.G.: Durante muchos años hemos estudiado las bacterias a través del cultivo, pero ello sólo nos permite conocer el 50% de la flora. Sin embargo, secuenciando podemos conocer el ADN de todas las bacterias que existen. Esto nos permite conocer las bacterias que tienen, por ejemplo, los pacientes con diabetes y periodontitis. Con ello, vemos que hay patógenos que ya habíamos detectado previamente con el cultivo pero también hemos descubierto otros que los pacientes que sólo tienen periodontitis no presentan. La cuestión es, ¿cuál es el papel de estos nuevos organismos identificados a través del análisis secuenciado? ¿Son oportunistas o realmente contribuyen a la enfermedad? Si se da este último caso, analizar el rol nos permitirá adaptar mejor el tratamiento para cada paciente y/o elaborar un diagnóstico más preciso.

Seguro de **Automóvil**



SI TIENE ENTRE
25 Y 30 AÑOS Y
**ESTÁ O
ACABA DE
COLEGIARSE**
COMO PROFESIONAL
SANITARIO

50%* bonificación

para **NUEVOS COLEGIADOS**
en su **Seguro de Automóvil**



EN A.M.A. QUEREMOS ESTAR CON USTED
DESDE SU PRIMER DÍA DE TRABAJO



www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. MADRID (Central)

Vía de los Poblados, 3. Tel. 913 43 47 00 ama@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)

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

Síguenos en     

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados entre el 13 de abril y el 31 de diciembre de 2015. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

ODH: *¿Hasta qué punto vamos a poder prevenir la periodontitis? ¿Cree que podremos llevar su incidencia a casos mínimos en la población?*

R.J.G.: La periodontitis se puede prevenir, hay estudios que muestran que mantener una buena salud oral, sobre todo, un buen cuidado en el espacio interdental y un cuidado profesional regular, mínimo una vez al año ayudan a prevenirla.

ODH: *Una de sus líneas de investigación ha estado relacionada con el tabaco y su efecto negativo para la salud oral. ¿Cree que será posible en algún momento erradicar esta costumbre?*

R.J.G.: De hecho, los resultados son bastante alentadores porque, por ejemplo, en EEUU los fumadores se han reducido de un 40% en los años 60 a menos de un 20% actualmente. Creo que hay una reducción regular del consumo de tabaco a nivel mundial, pero todavía hay países en los que fumar sigue siendo un hábito en crecimiento, por lo que es necesario un esfuerzo global por parte de los Gobiernos, los profesionales de la salud y de la comunicación para concienciar de las terribles consecuencias que tiene el tabaco sobre la salud de los individuos.

ODH: *¿En EEUU cómo están estructurados los estudios de odontología? ¿Son muy diferentes a los estudios en España y Europa?*

R.J.G.: Hay diferencias entre los estudios en EEUU y España, pero cada año expertos en odontología nos encontramos en una reunión organizada por la Asociación Internacional para la Investigación Odontológica y ponemos en común los últimos avances. De hecho, el año que viene estaremos en un simposio hablando de la epidemiología global de la periodontitis. ¿Cuál es la prevalencia de esta enfermedad en otros países? Sabemos cuál es en EEUU, España, Países Escandinavos pero hay muchos de los que no tenemos datos. El objetivo es conseguir un medidor global de la prevalencia de la periodontitis a escala mundial.



ODH: *¿Los ciudadanos en Estados Unidos prestan suficiente atención a su salud dental?*

R.J.G.: Creo que la higiene oral está mejorando en los Estados Unidos, de hecho, las ventas de cepillos y pasta de dientes han crecido durante las últimas décadas y el nivel de gingivitis en la población está estable e incluso decrece en algunos momentos. No sé los datos sobre la periodontitis porque las medidas han variado durante los últimos años hasta el 2010, año en el que hemos sentado unas bases para los estudios sobre periodontitis que nos permitirán ver la tendencia de esta enfermedad en la población durante los próximos años.

ODH: *¿Reciben apoyo de las autoridades sanitarias para la realización de estas campañas de salud en su país?*

R.J.G.: Sí, tenemos el Instituto Nacional de Salud que es la principal institución que otorga fondos para investigación. Además, también existe el Instituto Dental que tiene cerca de 350 millones de dólares anuales

para apoyar la investigación en odontología y que se otorgan a las mejores candidaturas.

ODH: *¿Cómo valora la sociedad americana al dentista?*

R.J.G.: Las encuestas en EEUU muestran que la sociedad americana valora bastante positivamente al dentista, confían en él y lo escuchan. Pero como sucede en medicina, el cumplimiento de las recomendaciones podría ser mejor, especialmente en el cuidado interdental, la toma de medicamentos o los ejercicios para controlar el peso.

ODH: *En el área de la restauración la osteointegración ha sido sin duda el gran avance de la odontología moderna. ¿Cuál ha sido desde su punto de vista el mayor avance en el área de la prevención?*

R.J.G.: Pienso que el campo de la odontología ha sido líder en prevención, para nosotros promover el cuidado bucal reduciendo la incidencia de caries o aconsejar reducir el consumo de azúcar en los niños son cosas que llevamos haciendo muchos años.

“

Si pudiésemos prevenir totalmente la periodontitis podríamos reducir también las cifras de diabetes.

”

Si pudiésemos prevenir totalmente la periodontitis podríamos reducir también las cifras de diabetes, por ello, es esencial que los profesionales de la salud oral estén muy orientados a la prevención.

ODH: *Ha recibido usted muchas distinciones en su carrera profesional. ¿Con cuál de ellas se siente más satisfecho?*

R.J.G.: Creo que cada vez que recibes un premio te sientes muy orgulloso por ti y, sobre todo, por tu equipo. Yo me siento muy orgulloso de mis colegas de profesión, mis estudiantes. Todos los reconocimientos que obtenemos son una prueba de que estamos haciendo algo bien y que el equipo es efectivo.

ODH: *Esta entrevista la leerán muchos dentistas, ¿puede dar desde su posición de profesor, clínico e investigador una recomendación a los más jóvenes?*

R.J.G.: Les diría que están entrando en una profesión vibrante, dinámica y muy importante, y les recomendaría que siempre se reten a sí mismos para ser mejores y estar al día de los últimos conocimientos y herramientas para tener una carrera exitosa en la que poder ayudar a mucha gente. Asimismo, también les diría que lleven un estilo de vida saludable que será muy positivo para ellos y sus familias •



LABORATORIO DE PRÓTESIS

"Contamos con más de 40 años de experiencia en el sector."

LABORATORIO DE PRÓTESIS

"Contamos con más de 40 años de experiencia en el sector."

C.I.F.: B-87147823

C/Francisco Javier Sauquillo, Nº1 Local G

Teléfono.: 91 226 74 02

28932 Móstoles (Madrid)

[RAFAEL MARTÍNEZ DE FUENTES]

“Hay demasiados centros de estudios de Odontología, y muchos de ellos sin suficiente acreditación para impartirlos”

Rafael Martínez de Fuentes ha presidido la exitosa 45 Reunión Anual de SEPES en Sevilla, que ha contado con la asistencia de más de 3.200 profesionales. Trabajador incansable, Martínez de Fuentes, además de ejercer su profesión y desempeñar su puesto en la sociedad científica, tiene una pasión que ocupa parte de su tiempo libre, la canción. **MARÍA JOSÉ GARCÍA**



“Odontólogos de Hoy”: ¿Cuál es su balance de la pasada 45 edición de la Reunión SEPES Anual?

Rafael Martínez de Fuentes: Creo que muy positivo. Tanto a nivel de asistencia, con 3.200 congresistas, cifra que ha batido el récord de asistencia a un evento de estas características en la historia de los congresos españoles de Odontología en todas las especialidades, como a nivel científico. Hemos contado con 77 ponentes de la talla de Mauro Fradeani, Ignazio Loi, Steven Chu con Mielezco o Edelhoff con Schweiger, profesores universitarios de todas las Facultades españolas y portuguesas, así como con grandes clínicos y técnicos nacionales.

ODH: El éxito de la convocatoria ha sido total, han contado con la asistencia de más de 3.200 profesionales, eso denota un gran nivel científico del Congreso. ¿Cuáles han sido los temas expuestos que han despertado mayor interés entre los asistentes?

R.M.F.: Creo que los trabajos encaminados a la digitalización de la Odontología y procedimientos mínimamente invasivos, pero también aquellos que afianzan las bases del conocimiento de la Odontología.

ODH: ¿Cómo valora el momento actual de la profesión y las sociedades científicas como SEPES?

R.M.F.: Vivimos un gran momento a nivel de Sociedades y especialmente de SEPES. La llegada de Nacho Rodríguez, incansable trabajador y conciliador ha sido determinante. Hace 4 años asistían 400 congresistas. Él apostó hace 3 años por Sevilla y por nuestro proyecto ya que desde el principio estábamos convencidos de que vendrían más de 2.000 asistentes, y su apoyo para conseguir Nuevo Fibes fue vital. No hubiéramos podido hacerlo en otro sitio.

ODH: El Doctor Vicente Jiménez ha sido condecorado con la Medalla de Oro SEPES, ¿qué destacaría de su figura y de implicación con SEPES?

R.M.F.: Vicente es pionero y maestro de todos los que nos iniciábamos en la prótesis sobre implantes en el año 91. Su primer libro todavía lo guardo y releo con admiración. Aceptó mi invitación a las I JORNADAS DE PRÓTESIS del año 2004, que organicé en el Colegio Oficial de Dentistas de Sevilla con el Grupo de prótesis de la Universidad. Lo hizo de forma altruista diciéndome “Siempre es un placer trabajar con los Colegios y la Universidad”. Ha sido Presidente de

la Sociedad y su trabajo ha hecho que hoy estemos aquí. Su implicación ha sido absoluta.

Me gustaría destacar también la medalla de oro al Prof. D. Manuel López López, nuestro catedrático y maestro por su labor como fundador de SEPES y artífice de los estatutos de la Sociedad.

ODH: Los Congresos son clave en la formación continuada de la profesión. ¿La oferta formativa de las todas las sociedades científicas, no solo SEPES, en España es suficiente desde su punto de vista?

R.M.F.: Creo que hoy lideran esa formación las sociedades, al tiempo que los postgrados universitarios. En cualquier caso creo que hay demasiadas sociedades.

“

Vivimos en un gran momento a nivel sociedades y, especialmente, de SEPES.

”

ODH: *Estamos en un momento crucial y polémico ante la saturación de centros de estudios de Odontología, públicos y privados. Usted conoce la profesión y sus necesidades de formación en pregrado. ¿Cree que la calidad de tanto centro impartiendo enseñanza está suficientemente garantizada?*

R.M.F.: Creo que hay demasiados centros y muchos de ellos sin suficiente acreditación para impartir ciertos estudios. Debería existir un control más exhaustivo de los mismos.

ODH: *A nivel personal, sabemos que procede de una dinastía familiar y que en sus tiempos de ocio es un gran aficionado a la canción. ¿Qué tipo de música le gusta interpretar, quiénes son sus ídolos musicales?*

R.M.F.: Mi bisabuelo paterno se instaló en la calle General Polavieja de Sevilla en el año 1896. Él era cirujano dentista. Mi abuelo, Odontólogo colegiado nº 15 del Colegio de dentistas de Sevilla, y mi tío abuelo, técnico de laboratorio, trabajaban conjuntamente allá por el año 1926, y mi padre, Médico Estomatólogo, lo hizo a partir de 1957. Tuve la suerte de trabajar en aquella consulta que estuvo abierta durante 105 años. El próximo año haremos 120 años de profesión familiar.

Me gusta mucho la música y mis intérpretes favoritos son Paco de Lucía, Los Beatles, Simon and Garfunkel, Siempre Así y Jose Manuel Soto, entre otros •



“La música ha marcado mi vida”

ODH: *¿Qué representa para usted la música en su vida?*

R.M.F.: La música siempre ha sido algo muy importante en mi vida, mi abuelo materno, Rafael De Fuentes, era violinista y Profesor de música. Creo que de ahí viene mi vocación, tanto docente como musical. La música ha marcado mi vida y siempre me ha acompañado, tanto en mi época de flamenco, como en la Tuna de Derecho de Sevilla. Hay muchos compañeros tunos en el mundo de la Odontología, algunos tan ilustres como el homenajeado Vicente Jiménez o Eduardo Anitúa, entre otros.

ODH: *¿Cuándo y cómo surgió su vocación musical?*

R.M.F.: A los 5 años mi padre pidió a un guitarrista flamenco profesional llamado Eduardo Herrera, paciente suyo, que acompañaba a Manolo Caracol y a otros cantaores en los tablaos, que me diera clases de guitarra ya que yo jugaba desde muy pequeño a ser guitarrista. Cuando me vio en casa la primera vez con el chupete (todavía lo llevaba) se quiso marchar, pero mi padre le pidió sólo que me diera una clase. A partir de ahí Eduardo se convirtió en mi profesor y promotor. Y así desde los 9 hasta los 11 años toqué profesionalmente hasta que él falleció. Dejé cuatro años la guitarra y la retomé en la pandilla de la playa, en la Antilla (Lepe, Huelva) donde comencé a hacer sevillanas y rumbas. Allí conocí a Jose Manuel Soto, en la pandilla de “Pepe el negro”, con quienes jugábamos a fútbol y coincidíamos en algunas fiestas. Por esa época comenzó José Manuel su andadura artística.

ODH: *La música, ¿es un hobby para usted o alguna vez pensó dedicarse a la música de forma profesional?*

R.M.F.: La música es un verdadero hobby para mí. En alguna ocasión sí me lo he planteado, pero hace años. Coincidió en la tuna de Derecho de Sevilla con Rafa Almarcha y Jesús Alvarado, fundadores del grupo “Siempre así”, con quienes me une una buena amistad. Con

Rafa quedé en alguna ocasión en la casa de su abuela en Virgen de la Antigua ya que dirigíamos musicalmente a la tuna. Recuerdo una de sus canciones, “Despertaban balcones”, con mucho cariño. La Tuna de Derecho de Sevilla ha tenido grandes músicos entre sus filas, que han formado parte de numerosas agrupaciones musicales. Tengo la suerte de haber compartido allí los mejores años de mi vida y conocer a excelentes personas como Carlos Baras Japón, otro gran compositor. Yo era el solista de la tuna y coincidí en su momento con diversas personalidades de la canción como María del Monte o María Vidal, con el maestro Solano al piano, o con el propio José Manuel Soto con quien compartí un día de estudio grabando para Ediciones Senador, en casa de Abelardo, ingeniero de sonido, en la avenida de la Cruz del Campo. Él entonces grababa su primer disco.

ODH: *¿Es la música una vía de escape de sus preocupaciones profesionales diarias?*

R.M.F.: Sí, todavía me reúno con los amigos tanto de la tuna como del flamenco. El 8 de diciembre nos reunimos cada año todas las generaciones de la Tuna de Derecho de Sevilla en una cena en la que se lee un pregón y luego se canta a la virgen. He tenido el honor de ser pregonero, al igual que los catedráticos Carrillo Salcedo, Olivencia o Bethancourt, abogados como Baena Bocanegra o periodistas como Luis Baras, todos ellos antiguos tunos. Es muy gratificante ver como cantan mis canciones por lo que todavía sigo escribiendo lo que hace de vía de escape a mis ocupaciones diarias.

ODH: *¿Actúa en eventos familiares, profesionales?*

R.M.F.: Actualmente muy poco. He cantado con grupos flamencos de amigos, con la Tuna de Derecho pero ya no me prodigo tanto entre la familia. Ahora es mi hija Elena la que acapara la atención en las fiestas familiares, ella canta muy bien y yo la acompaño a la guitarra •

ANTONIO MURILLO RODRÍGUEZ

DIRECTOR ESPECIALISTA UNIVERSITARIO EN PERIODONCIA QUIRÚRGICA
UNIVERSIDAD DE ALMERÍA.

PROFESOR MASTER DE CIRUGÍA ORAL, PRÓTESIS Y PERIIMPLANTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE ALFONSO X, MADRID.

PROFESOR MÁSTER DE IMPLANTOLOGÍA UNIVERSIDAD DE LLEIDA.



TRATAMIENTO DE MAXILAR SUPERIOR ATRÓFICO

PASO A PASO DE UN DÉFICIT DE TISULAR EN MAXILAR SUPERIOR

4 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Debido a múltiples causas se producen pérdidas dentarias. En el maxilar superior, además de la reabsorción ósea que experimenta la cresta, observamos también la neumatización sinusal. Ésto nos obliga muchas veces a realizar procedimientos combinados de regeneración y elevación sinusal.

Actualmente, y ante un mismo caso clínico podemos optar siempre por diversos enfoques, no sólo hay una única manera de resolver el caso, e incluso optando por un mismo enfoque, dentro del mismo podemos tener diferentes variables.

La rehabilitación del edentulismo en la región posterior del maxilar superior, desde el comienzo de la implantología, ha supuesto un reto importante. Sin embargo, los métodos de tratamiento ideados específicamente para esa región permiten obtener resultados tan predecibles como en cualquier otra zona de la cavidad bucal.

La rehabilitación implantológica del maxilar posterior atrófico tiene una serie de características clínicas que hacen que tenga una valoración pronóstica y terapéutica más compleja que en la mandíbula, tanto a nivel quirúrgico como prostodóncico:

1º- Calidad ósea: Ésta zona suele presentar un hueso de escasa calidad, tipo D3 y D4, lo que nos determina:

- Menor estabilidad primaria del implante en el momento de la inserción.
- Menor superficie de contacto hueso implante (CBI) por el carácter trabecular poroso del hueso.

2º- Disponibilidad ósea: La disponibilidad ósea de la región posterior del maxilar superior se ve reducida por la pérdida prematura de dientes con la consiguiente atrofia del hueso (osteopenia producida por la alteración en el balance de remodelación ósea - ley de Wolff -), por la presencia de enfermedad periodontal, la reabsorción ósea provocada por prótesis removibles mal adaptadas y la hiperneumatización del seno maxilar consecutiva al edentulismo regional causado por el incremento de la presión diferencial en su interior.

La pérdida ósea que sufre esta zona suele ser mayor en altura que en anchura, como se ha comentado, esta escasa altura se debe a:

- Pérdida de la altura crestal por la reabsorción ósea subsiguiente a la pérdida dentaria.
- Progresiva neumatización del seno maxilar.
- Combinación de ambos factores.

La anchura de la cresta se reduce en una proporción menor, siguiéndose un modelo de reabsorción centrípeta, es decir desde vestíbulo a palatino, lo que va conducir a una situación de mordida cruzada con el sector posterior mandibular.

3º- Fuerzas oclusales: Las zonas posteriores de la cavidad bucal soportan más tensiones que las anteriores tanto en situaciones fisiológicas como en las parafunciones.

4º- Relación corona-implante desfavorable: Debido a la pérdida en altura, la distancia con la arcada mandibular va aumentando progresivamente. Esto condicionará que, en ausencia de técnicas quirúrgicas que recuperen la altura perdida, la rehabilitación implantosoportada presente una proporción coronaradicular desfavorable en la mayoría de los casos.

La R.O.G. tiene como objetivo la creación de un espacio cerrado, que solo pueda ser invadido por células con capacidad osteoformadora, provenientes del hueso subyacente ⁽¹⁾. La utilización de membranas permite promover la formación ósea, evitando que el crecimiento de tejido blan-

do interfiera en la osteogénesis durante la cicatrización ^(2,3,4).

La R.O.G representa la técnica quirúrgica con mayor evidencia científica de la literatura ⁽⁵⁾, siendo su finalidad aumentar el volumen óseo de las zonas edéntulas que presentan una atrofia vertical, horizontal o combinada, para permitir la inserción de los implantes en posición protésicamente guiada ⁽⁶⁾. Por ello está indicada para los siguientes procedimientos clínicos ⁽⁷⁾:

- Defectos postextracción inmediatos.
- Defectos postextracción diferidos.
- Dehiscencias.
- Fenestraciones.
- Aumento alveolar de la cresta.

PRINCIPIOS BIOLÓGICOS DE LA R.O.G ⁽⁸⁾:

Presencia de un coágulo hemático para:

- Adecuado aporte vascular.
- Migración de células osteogénicas en el interior del coágulo.
- Nutrición de células osteogénicas.

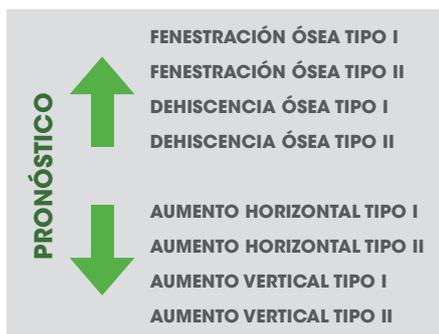
Presencia de tejido óseo vital:

- Desde el tejido adyacente al defecto.
- Aporta células angiogénicas y osteogénicas.
- Protección del coágulo por parte de la membrana:
- Impide la invasión del coágulo por parte de las células no osteogénicas.
- Protección mecánica del coágulo.
- Protección de la estructura vascular en vías de formación.

Utilización de una membrana adecuada mantenida, in situ, durante un tiempo suficiente:

- Fijación de la membrana para impedir el colapso.
- Correcta cicatrización de los tejidos blandos.

Una de las principales variables para diagnosticar la predictibilidad y pronóstico del tratamiento es el tipo de defecto óseo que debe ser regenerado ⁽⁹⁾:



La elevación del seno maxilar consiste en una técnica quirúrgica en donde se regenera hueso verticalmente en la zona posterior del maxilar superior, interponiendo diferentes tipos de materiales de injerto entre el hueso alveolar remanente y la membrana de Schneider. Es uno de los procedimientos de aumento óseo más utilizados a día de hoy.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 47 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a la clínica para rehabilitación oral completa. Después de realizar un estudio clínico y radiológico detallado (fig. 1 y fig. 2), entre otros tratamientos, se decide abordar las ausencias dentales del segundo cuadrante (2.3, 2.4, 2.5, 2.6). Podemos observar clínicamente una cresta estrecha con una buena banda de encía queratinizada, radiológicamente una neumatización sinusal en la zona posterior correspondiente a 2.6, que imposibilita la colocación de un implante de manera convencional (fig. 3).

Mediante hoja de bisturí 15C, procedemos a realizar un diseño de colgajo a espesor total mediante una incisión crestral y dos descargas verticales que sobrepasen la línea mucogingival, sin englobar los dientes adyacentes (fig. 4).

Elevamos el colgajo mucoperóstico (fig. 5) para acceder a la pared lateral del seno maxilar y así poder realizar la elevación del seno.

La primera parte de la cirugía regenerativa consiste en la realización de una elevación sinusal abierta. Para ello mediante cirugía piezoeléctrica (WyH) (fig. 6-7) diseñamos la ventana de acceso al seno maxilar (fig. 8), la primera de las cuatro osteotomías que realizamos es la más coronal. Ésta se realiza unos aproximadamente 4 milímetros más apical que la posición del seno maxilar. Realizadas las dos osteotomías mesiales y distales finalizamos con la osteotomía más apical que se realiza a unos 15 mm de la posición más coronal del seno maxilar, para colocar un implante de 13 milímetros. Cuando hemos liberado la ventana ósea de acceso lateral al seno (fig. 9), que debe tener una forma individualizada en éste caso ovalada con bordes redondeados de las aristas (fig. 10), procedemos mediante curetas de ele-



vación sinusal manuales y piezoeléctricas a despegar la membrana de Schneider, comprobamos mediante un verificador que hemos obtenido la altura adecuada para la colocación del biomaterial (fig. 11).

Cuando hemos despegado y elevado la membrana hasta la pared medial, procedemos a realizar el fresado para la colocación de los implantes osteointegrados simultáneos a la elevación del seno maxilar y la regeneración crestal (fig. 12).

Existen diferentes variables que afectan a la elección de la técnica simultánea o diferida del implante en la elevación sinusal aunque una de las principales es la altura de hueso residual que proporciona una estabilidad mecánica inicial, impidiendo los micromovimientos que condujeran a una carga precoz indeseada (10).

Según Jensen et al (11), cuando existen de 4 a 6 mm de cresta ósea residual, hay suficiente hueso para conseguir una estabilidad primaria correcta del implante, se recomienda realizar técnica simultánea.

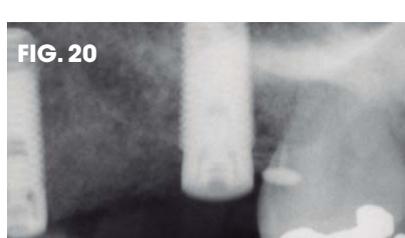
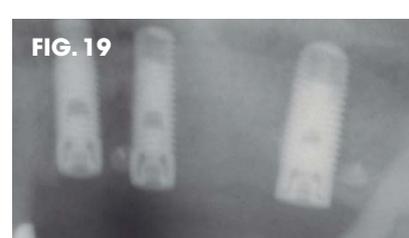
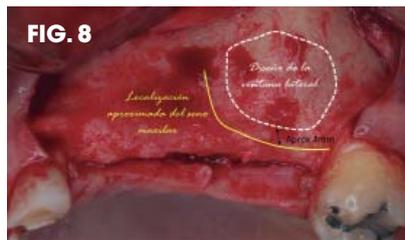
Peleg et al (12-13), han descrito un 100% de éxito en técnica simultánea con 1 a 2 mm y 3 a 5mm de hueso residual.

Mardinger et al (14), obtienen porcentajes del 92% de éxito en técnica simultánea en senos con hueso residual menor de 3 mm en comparación con un porcentaje de 98,7% en aquellos casos que presentan más de 4 mm.

Después de fresar, procedemos a rellenar la parte más interna del seno maxilar mediante biomaterial GenOs (Tecnoss OsteoBiol).

Colocamos los implantes (Zimmer TSV) en la correcta posición tridimensional, todos ellos alcanzan torques de inserción mayor de 35 Nw (fig. 13), y terminamos de rellenar el seno maxilar mediante el biomaterial anteriormente especificado.

Tanto el implante en 1.4 como en 1.6 presentan déficit de anchura tipo dehiscencia (fig. 14) definida como la exposición menor del 50 % del implante sin puente óseo coronal. Además estas dehiscencias son mantenedoras de espacio, con buen pronóstico. Por ello se procede a realizar un procedimiento de aumento óseo, producimos perforaciones en el hueso para producir un coágulo



que guie la regeneración en la zona (fig. 15). Colocamos el mismo biomaterial utilizado en el seno maxilar para realizar la regeneración de dichos defectos óseos y posteriormente colocamos una membrana de colágeno Duo-Teck felt (Tecnoss Osteobiol) (fig. 16). Ésta combinación de biomateriales son una alternativa válida, por su comportamiento, en casos muy predecibles como la dehiscencia ósea tipo 1 o la fenestración ósea tipo 1. La misma membrana es utilizada para cerrar la ventana de acceso al seno maxilar y es fijada mediante chinchetas (Friatec) (fig. 17). Realizamos la disección de las fibras periósticas para la correcta pasividad del colgajo y se sumergen los implantes.

Posteriormente mediante sutura monofilamento 6/0 Seralon (Serag-Wiessner) (fig. 18).

Verificamos radiológicamente la correcta posición tridimensional de los implantes así como el injerto realizado en seno maxilar (fig. 19- 20).

Al paciente se le pauta las indicaciones postquirúrgicas en cuanto a la medicación así como los cuidados higiénicos y diarios que debe tener en cuenta. Durante las siguientes semanas no observamos ningún tipo de complicación, y retiramos la sutura dos semanas después, la herida se encuentra completamente cerrada, sin ningún tipo de dehiscencia en tejidos blandos (fig. 21).

6 meses después los tejidos blandos no muestran ninguna complicación, ni exposición de implantes (fig. 22), procedemos a realizar segunda fase quirúrgica de exposición de los implantes, para igualar el pequeño desnivel de la línea mucogingival hacia coronal, comenzamos con una incisión paraacrestal palatina a espesor total y una ligera descarga mesial con protección de la papila adyacente (fig. 23), retiramos los tornillos de cierre y los cambiamos por pilares de cicatrización y suturamos los tejidos blandos (fig. 24).

Posteriormente individualizamos los perfiles de emergencia y terminamos el caso mediante una prótesis fija, detalle del estado de la restauración al mes (fig. 25), al año (fig. 26). Detalle de las zonas regeneradas cuatro años post-tratamiento (fig. 27).



CONCLUSIONES:

1. El tipo de defecto óseo nos indicará el pronóstico y la predictibilidad del mismo.
2. Disponemos de membranas reabsorbibles que disminuyen la gran complicación de las membranas no reabsorbibles que es la exposición prematura.

3. Individualizar el tipo de injerto óseo y membranas en función del defecto óseo.

4. Es necesario realizar disecciones periósticas para la pasividad del colgajo.

5. La segunda fase quirúrgica nos permite realizar correcciones en los tejidos blandos •

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Steenberghe D. Oral Implants in Compromised Patients. *Periodontol* 2000;2003; 33:9- 11.
2. Dahlin C, Gottlow A, Lindhe A, Nyman S. Healing of bone defects by guided tissue regeneration. *Plastic and Reconstructive Surgery*.1988;81(5):672-676.
3. Dahlin C, Gottlow A, Lindhe A, Nyman S. Healing of maxillary and mandibular bone defects using a membrane technique. *J Dent Research* 1989; Special issue.
4. Seibert J, Nyman S. Localized ridge augmentation in dogs: A pilot study using membranes and hidroxyapatite . *J Periodontol*.1990;61:157-165.
5. Becker W, Becker B, Hadelsman M, Celletti R, Oschenbein C, Hardwick R, Langer B. Bone formation at dehisced dental implant sites treated with implant augmentation material. A pilot study in dogs. *Int J Perio Res Dent*. 1990;10:93-102.
6. Chiapasco M, Romeo E. Rehabilitación implantosoportada en casos complejos. *Actualidades medico odontológicas*. 2006;197.
7. Esposito M, Grusovin MG, Coulthard P, Worthington HV. The efficacy of various bone augmentation procedures for dental implants: a Cochrane systematic review of randomized controlled clinical trials. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2006;21(5):696-710.
8. Buser D, Dahlin C, Schenk RK: *Guide bone regeneration in implant dentistry*. Quintessence. 1994.
9. Tinti C, Parma-Benfenati S. Clinical classification of bone defects concerning the placement of dental implants. *Int J Perio Res Dent*. 2003;23:147-155.
10. Wallace SS, Froum SJ. Effect of maxillary sinus augmentation on the survival of endosseous dental implants. A systematic review. *Ann Periodontol* 2003;8:328-343.
11. Jensen O. Eds. *The sinus bone graft*. Chapter 5. Treatment planning for sinus grafts. Chicago: Quintessence, 1999:52.
12. Peleg M, Mazor Z, Chausu G, Garg AK. Sinus floor augmentation with simultaneous implant placement in the severely atrophic maxilla. *J Periodontol* 1998;69:1397-1403.
13. Peleg M, Mazor Z, Garg AK. Augmentation grafting of the maxillary sinus and simultaneous implant placement in patient with 3 to 5 of residual alveolar bone height. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1999;14:549-556.
14. Mardinger O, Nissan J, Chausu G. Sinus floor augmentation with simultaneous implant placement in the severely atrophic maxilla: technical problems and complications. *J Periodontol*. 2007;78(10):1872-7.

Félix-Manuel Nieto Bayón
 ACADÉMICO CORRESPONDIENTE, REAL ACADEMIA
 DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE VALLADOLID



DESÓRDENES MASTICATORIOS: EL COLAPSO OCLUSAL Y SU TRATAMIENTO

RESUMEN

Dentro de los desordenes masticatorios mas graves, se encuentra el Colapso Oclusal que por su compleja patología y dificultad de tratamiento, siempre supone un reto para el odontostomatólogo. Si bien estos casos pueden tratarse de forma multidisciplinar, rotando al paciente por diferentes profesionales con dedicación exclusiva, como: periodoncista, ortodoncista, protodoncista, implantólogo y aquellos dedicados a la patología de la ATM. En el caso que nos ocupa, hemos creído oportuno tratarlo de forma integral, evaluando previamente todas las circunstancias que concurren en el paciente y así, ofrecerle la solución que creímos más adecuada dada su edad, la necesaria inmediatez del tratamiento y la ventaja acomodaticia para el mismo, al ser tratado de forma continua y escalonada por un sólo profesional, conocedor intimo de cada paso en la resolución de su problema. Entendemos por consiguiente, que el tratamiento integral (TI) realizado por nosotros es el más indicado en estos casos, siempre que tengamos presentes los parámetros precisos de actuación para los mismos. Consideramos el Colapso Oclusal (CO) como un síndrome, como una entidad, cuyo comienzo es el edentulismo parcial, el cual induce a una patología oclusal, que afecta al periodonto y produce destrucción y migración dental patológica. Y más que una entidad, es el proceso de la evolución de una enfermedad, cuyo inicio es la pérdida dental.

Palabras clave:

Edentulismo parcial, Enfermedad Periodontal, Bruxismo, Dimensión vertical, Relación Céntrica, ATM.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el (TI) de un caso que pudiera haber sido tratado de forma multidisciplinar como apuntamos anteriormente. El Síndrome de Colapso Oclusal (CO) es una entidad patológica caracterizada por ausencias dentarias, con afectación del periodonto: Enfermedad Periodontal (EP), que induce a una migración dental anómala, y más que una entidad es el proceso evolutivo de una enfermedad. Ésta ha sido considerada por algunos autores como Dersot JM y colaboradores (11), Shifman A. y colaboradores (24) y Bardález R.(4) con los siguientes signos: 1. Arcos dentales con espacios edéntulos sin restaurar y, malposiciones que alteran el plano de oclusión. 2. Contactos prematuros e interferencias que conllevan a falta de coincidencia entre la posición de máxima intercuspidadación (MI) y relación céntrica (RC). 3. Dientes anteriores superiores y/o inferiores en abanico por migración patológica, asociada a enfermedad periodontal y trauma oclusal; fenómeno descrito por Brunsvold MA. (6), quien afirma que las fuerzas oclusales y de tejidos blandos como la lengua y los labios, contribuyen a la migración anormal de los dientes. 4. Disminución de la Dimensión Vertical Oclusal (DV) por pérdida dentaria, bruxismo y falta de adecuado soporte posterior (23-24), lo que según Kelly JT (14), complica la



FIG. 1. ESTADO INICIAL DEL PACIENTE



FIG. 2. DIAGNÓSTICO: FOTOGRAFÍA, ORTOPANTOMOGRAFÍA Y MODELO DE ESTUDIO

fase restauradora por deficiente espacio interoclusal y 5. Patología de todas las articulaciones que conforman al Aparato Estomatognático (AE) (4-25). El propósito de este tratamiento es presentar una propuesta de (TI) para el análisis de los elementos que caracterizan el (CO).

QUIERE
**FINANCIACIÓN
FÁCIL**
PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en
918 291 241



 **FINCLINIKS**
FINANCIACIÓN CLÍNICA



b) Gingivectomía y modelado incisal



c) Escultura dental



d) Registros en RC



e) Encerado y DV



f) Tallados



g) P. Provisionales

FIG. 3. SECUENCIA



FIG. 4. PLANO DE FRANCFORT Y ARTICULADO

CASO CLÍNICO

Paciente de 72 años que acude a la consulta presentando sintomatología álgica en boca y región preauricular, con pérdida de la (DV) por edentulismo parcial, bruxismo y destrucciones, acompañado de movilidad dentaria, trauma oclusal primario y secundario por prematuridades e interferencias y, Síndrome dolor disfunción de la Articulación Témpero-Mandibular (SATM). (Fig. 1)

DIAGNÓSTICO

Realizamos las pruebas diagnósticas de exploración clínica, fotografías intra y extraorales, radiográficas: ortopantomografía con coeficiente de magnificación, RX intraorales y modelos de estudio en escayola piedra, con encerados para comprobar una oclusión funcional y a la vez estética, montándoles en un articulador semiajustable.

Con dicho estudio, confirmamos que se trata de un paciente con (CO). Cuyo tratamiento siempre va a suponer un desafío para el protodoncista, debido a la florida patología que presenta su (AE), donde han desaparecido todas las referencias intermaxilares funcionales y estéticas. De esta manera, nos encontramos con ausencias y migraciones dentarias, una gran pérdida de soporte óseo y, de estructuras dentarias que habrá que acondicionar, para después restituir, con prótesis definitivas dentosoportadas. (Fig. 2)

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Eliminar la sintomatología álgica: De origen dental, periodontal y articular.
- Mejorar la función masticatoria: Eliminando prematuridades, interferencias, aumentando la (DV) e intentado que la (RC) coincida con (MI).
- Favorecer la estética: Con prótesis cerámicas, modeladas de acuerdo al estudio de encerado previo, según su función y fisonomía.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Al ser un enfermo periodontal con pérdidas dentarias, trataremos en primer lugar su periodontitis a fin de restablecer en la medida posible la salud de sus tejidos, atajando la destrucción del periodonto y con ello favoreciendo la inserción del diente en su alveolo. Realizaremos remodelación y escultura dental en dientes con gran desgaste y destrucción, afectados de fracturas, abrasiones, erosiones etc. producidas

por interferencias, prematuridades y bruxismo, cuyas consecuencias han disminuido las coronas clínicas, lo que nos obliga también a realizar gingivectomía, en aquellas piezas dentarias que lo demanden. Por último, colocaremos prótesis fijas dentosoportadas ceramo-metálicas, siempre ferulizadas y segmentadas (huyendo de ferulizaciones monobloc), reponiendo dientes ausentes, adecuando la relación oclusal intermaxilar y aumentando la (DV). Finalizaremos con la colocación de una férula de descarga en el Maxilar Superior, que nos mejorará la sintomatología álgica de su ATM y favorecerá la fijación dentaria.

SECUENCIA DEL TRATAMIENTO

a) Tratamiento Periodontal: Procedemos a realizar detartraje o tarctrectomía, retirando el tártaro o sarro dental tanto supragingival como el subgingival, con aparatología ultrasónica, continuamos cureteando, raspando las superficies radiculares y realizando el pulido y alisado de las mismas, terminando con la aplicación en ambas arcadas dentarias, de cubetas con fluor, en forma de fluoruros, que favorecen la remineralización del diente.

b) Gingivectomía: En aquellas piezas dentarias que son subsidiarias, para alargar la corona clínica o bien para mejorar la estética, así el 12 y 21.

c) Escultura dental: Reconstrucción estética con material compuesto, remodelando la anatomía perdida del diente, es decir, alargando las coronas clínicas destruidas, a fin de poder aumentar la (DV) y procurar una nueva Guía Anterior (GA) funcional, que consiga resalte y sobremordida, favoreciendo y mejorando la estética.

d) Registros en (RC): Con ceras de articulación en (RC) determinamos la (DV) que vamos a aumentar, teniendo en cuenta que el aumento de un milímetro y medio a nivel de segundos molares se corresponde con un aumento de tres milímetros en incisivos. Y que el segundo premolar es clave en el aumento de (DV), ya que sus cúspides están al mismo nivel y por lo tanto tienen la misma altura.

e) Dimensión Vertical: Encerado de estudio para comprobar la morfología y longitud de dientes anteriores acorde con el aumento de (DV) predeterminada; dicho aumento será a expensas de ambas arcadas dentarias tanto superior como inferior, que comprobaremos con pruebas fonéticas, invi-

tando al paciente pronunciar palabras con el vocablo "S".

f) Tallados : De todas las piezas dentarias remanentes en ambos maxilares una vez reconstruidas. Tallaremos primero un lado para no perder la referencia contralateral registrada con las ceras articulares y volvemos a tomar registros articulares en (RC).

g) Prótesis provisionales: Fabricadas con resina autopolimerizable y en clínica, no en el laboratorio de prótesis, ya que de esta manera las conseguimos de forma inmediata y segura, protegiendo al diente, ajustando la (DV) exacta deseada y dando confort al paciente. Con los registros de cera realizados previamente en (RC) y, que contienen también la información de la (DV) confeccionamos las provisionales de un lado, con la altura determinada por el espacio interoclusal dejado por las ceras contralaterales. Igualmente se pueden realizar habiendo confeccionado un jig de Lucia, para precisar la (DV). (Fig. 3)

TRATAMIENTO PROSTODÓNTICO DEFINITIVO

1- Tomaremos impresiones definitivas previa colocación de hilo de retracción (a fin de reproducir de la manera mas exacta los límites del tallado de nuestras preparaciones) con siliconas de adicción, mediante la técnica de doble impresión. Así obtendremos los modelos maestros que trasladaremos al articulador funcional semiajustable. Localizado el Eje de Giro Instantáneo, con el arco facial registramos el plano de Francfort, para transportar el modelo del Maxilar Superior craneométricamente al articulador. Y con ceras de articulación en (RC), relacionaremos los modelos de ambos maxilares a la (DV) aceptada. La inclinación de la Trayectoria Condílea y el Ángulo de Bennett los determinaremos con registros de cera en protrusiva y lateralidades respectivamente. (Fig. 4)

2- Las prótesis serán confeccionadas en metal noble y cerámica, de manera sectorial en tres tramos (uno anterior y dos laterales) en ambos maxilares. Siempre tratamos de huir de ferulizaciones completas en "monobloc".

3- Prueba de cofias metálicas, donde comprobaremos inserción y ajuste de las mismas. Y toma de color, si no se hubiera realizado anteriormente.

4- Prueba de bizcocho: Con las cofias revestidas de cerámica y toda la reha-

bilitación colocada en boca, controlaremos la correcta oclusión en todas las posiciones mandibulares, observando que, (MI) coincide o está muy cerca de (RC), que tenemos protección canina o de grupo en lateralidades y, que en protrusiva existe disclusión posterior (fenómeno de Christensen).

En este momento, aceptamos la correcta oclusión y, si fuera necesario, tallamos un preciso ajuste oclusal. (Fig. 5)

COLOCACIÓN Y TERMINACIÓN

Una vez terminadas las prótesis en el laboratorio, con el glaseado final, ya recogen su belleza y nos muestran en plenitud el color y tono seleccionado. Accedemos a la colocación de las mismas en boca, con un cemento de ionómero de vidrio. Y nuevamente, comprobamos la correcta función oclusal en todas las posiciones mandibulares y confirmamos la mejora estética dental y facial.

Instaladas las prótesis definitivas y para su buen mantenimiento, tomamos nuevas impresiones, para la realización de una férula de descarga neuromiorelajante, tipo Michigan, para el Maxilar Superior; rígida, con Plano oclusal plano, ligeras muescas de dientes antagonistas sin contacto a nivel incisal, rampas caninas y disclusión posterior en protrusiva. La finalidad de la férula será, mejorar la sintomatología articular de ambas (ATM), favorecer la retención dentaria y oclusión, tras los cambios realizados, protegiendo al mismo tiempo las prótesis cerámicas, al tratarse de un paciente bruxista.

Por último haremos revisiones periódicas a quince días, al mes, a tres meses, a seis y al año.

DISCUSIÓN

Como son pacientes con antecedentes de enfermedad periodontal, es recomendable al principio tener intervalos cortos de control, para observar que están realizando una adecuada higiene oral. Nos resulta fundamental el control periodontal, oclusal y músculo-articular (20). El mantenimiento, nos garantizará el éxito del tratamiento a largo plazo.

CONCLUSIÓN

- Del (AE), en el que intervienen periodonto, articulaciones y oclusión dentaria, siendo todo ello engrana-



FIG. 5. COFIAS METÁLICAS Y BIZCOCHO



MÁXIMA INTERCUSPIDACIÓN



LATERALIDAD DERECHA



LATERALIDAD IZQUIERDA

FIG. 6. PRÓTESIS DEFINITIVA



FIG. 7. ANTES Y DESPUÉS

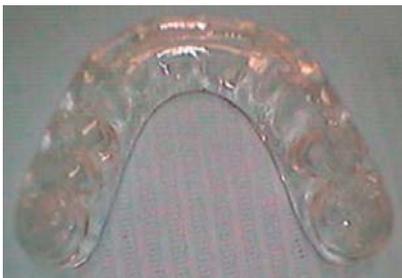


FIG. 8. FÉRULA DE DESCARGA

do por un sistema neuro-muscular, debe realizarse un riguroso estudio funcional.

- El Bruxismo, es una patología que siempre produce ciertas dudas, al rehabilitar con prótesis cerámicas.
- En la rehabilitación protésica tendremos principalmente en cuenta la función y después la estética ●

BIBLIOGRAFÍA

1. Dersot JM, Giovannoli JL. Posterior bite collapse. 1. Etiology and diagnosis. *J Parodontol.* 1989; 8(2):187-94.
2. Shifman A, Laufer H. Posterior bite collapse – revisited. *J Oral Rehab.* 1998; 25: 376–385.
3. Bardález R, Armero C, Lira S. Colapso Posterior de Mordida. *La Carta Odontológica.* 2002; 7(18): 10-12.
4. Brunsvold MA. Pathologic tooth migration. *J Periodontol.* 2005; 76(6):859-66.
5. Rosenberg ES. Posterior bite collapse, Part I: Pathologic occlusion. *Compendium* 1988; 9(3):207-10, 212-4, 216-9.
6. Kelly JT Jr. A multidisciplinary approach to restoring posterior bite collapse. *Compend Contin Educ Dent.* 1997;18(5):483-5, 488-9.
1. Aguado Santos A, Álvarez Arenal A, Barbería Leache E, Bermejo Fenoll A, Canut Brusola JA, Casado Llompart JR, del Río de las Heras F, Donado Rodríguez M, Harster Nadal P, Pi Urgell J, Villa Vigil MA. *El manual de Odontología.* Barcelona: Masson S.A; 1995.
2. Alonso-Albertini-Bechelli. *Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral.* Editorial Panamericana-Bs.As.-1.999
3. Andrews LF. The six keys to normal occlusion. *Am J Orthod* 1972; 62: 296-309. *Médica Panamericana;* 1992
4. Araki A, Yokoyama T, Murakamu H, Ito Y, Maeda H, Kameyama Y. Effect of decreased vertical occlusion on mandibular condyle of senescence-accelerated mouse. *J Dent Res.* 1999;3:78:194.
5. Asenci C. Características esqueléticas y dentarias de los prognatismos mandibulares. Parte I:revisión bibliográfica. *REO* 1987;17:241-7. .
6. Ceballos J. Tratamiento de una maloclusión de clase III de Angle esquelética. *Ortod Esp* 2001;41:64-71.
7. Celenza F.W, Nadeskin J.F.,*Oclusión.Situación actual.* Chicago.Quintessence Publishing,1.978.
8. Celic R, Jerolimov V. A study of the influence of occlusal factors and parafunction. *Int J prosthodont.* 2002;15:43-48.
9. Chaqués J, Espinar E, Alfonso MV, Solano E. La pseudo-clase III. Consideraciones terapéuticas y casos clínicos (parte II). *Ortod Esp* 2002;42:3-14.
10. Chaqués J. Tratamiento no-quirúrgico de un «caso límite» de maloclusión de clase III esquelética en un paciente adulto. *REO* 2001;31:21-7.
11. Dawson P.E. *Problemas Oclusales.*Ed.Mundi 1.977
12. Ellis E, McNamara JA. Components of adult class III malocclusion. *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42:295-305. .
13. Harper R, Misch E, Svenson K: Consideraciones funcionales y biológicas para la reconstrucción de la oclusión dentaria. *Quintessence Int.* 2.000;4:34-35
14. Hobo S, Ichida E, García LT. Osteointegración y rehabilitación oclusal. Madrid; Marban; 1.997
15. Lariu Castro A, Palomero R. Reposición condilar: tratamiento multidisciplinar en una clase III esquelética. *Ortod Esp* 2002;42:151-8.
16. Lucia V.O The Gnatological concept of articulation. *Dent Clin North Am* 1.962;6:183-187
17. Mafosky H. The influence of forward head posture on dental occlusion. *J Craniomandib Pract.* 2.000;1:30-31.
18. Manss A, Miralles R. Influence of vertical dimension in the treatment of myofascial pain dysfunction syndrome. *J Prosthetic Dent.* 1.983;5:700-709.
19. Martín D, Goenaga P, Canabaz A, Zabalegui I, Ochagavía JM. Tratamiento multidisciplinario de un caso complejo de clase III esquelética. *REO* 2002;32:241-52...
20. Mc Horris. Centric Relation.*Journal of Gnatology* 1.984 ; 3:3
21. Mc Horris. The Anterior Teeth.*Journal of Gnatology* 1.983.
22. Moyers RE, Miralles R, Dodds C. Skeletal contributions to occlusal development. *J Craniomandib Pract.*2.001;4:230.
23. Okeson JP. *Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares.* Barcelona: Eiservier España S.A; 2.003
24. Pérez-Varela JC, Feliu-García JM, Mendez-Garrido C. Camuflaje en clases III esqueléticas. *REO* 2001;31:29-36
25. Posselt U. *Fisiología de la Oclusión y Rehabilitación.*2º Ed.Barcelona :Jims, 1.973
26. Proffit W, Ackerman J. Rating the characteristics of maloclusión a systematic approach for planning treatment. *Am J Orthod* 64:238,1973
27. Ricketts R. *Lecture given before occlusion faculty.* University of Southern California School of Dentistry. 1.993.
28. Singh GD, McNamara JA, Lozanoff S. Morphometry of the cranial base in subjects with class III malocclusion. *J Dent Res* 1997;76:694-703.



Pide tu deseo estas Navidades **nosotros lo hacemos realidad**

- Diseño y desarrollo de página web.
- Diseño y envío de emailing y newsletter.
- Gestión de redes sociales.
- Maquetación y creación de contenido para publicaciones digitales.



¡Llámanos!
91 366 55 24

Tu agencia de diseño y publicidad

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

Oklok

¡Síguenos!



MARÍA ANDRÉS VEIGA.

PROFESORA DEL MASTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA

NATALIA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ.

PROFESORA DEL MASTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA

SANDRA MARTÍNEZ GONZÁLEZ.

PROFESORA DEL MASTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA

FRANCISCO GARCÍA GÓMEZ.

PROFESOR CONTRATADO DOCTOR DE LA URJC.

JOSÉ M^o MARTÍNEZ GARCÍA.

PROFESOR TITULAR DE CIRUGIA. FACULTAD DE ODONTOLOGIA. UCM.

A PROPÓSITO DE UN CASO REHABILITACIÓN MANDÍBULA EDÉNTULA MEDIANTE SOBREDENTADURA CON PROTOCOLO DE CARGA INMEDIATA

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente el éxito de los implantes se ha valorado en función de la osteointegración, funcionalidad y ausencia de infección.

Sin embargo, en la actualidad uno de los grandes objetivos del tratamiento mediante implantes es la disminución del tiempo transcurrido desde la colocación de los implantes y su rehabilitación implantoprotésica.

El desarrollo de implantes con un diseño que favorece su inserción y su conexión con los pilares mejorando los resultados protodóncicos ^(1,2), además del tratamiento de nuevas superficies que sugieren una mayor y más rápida unión del hueso alveolar al implante ^(3,4), ha favorecido el desarrollo del protocolo de carga inmediata.

Existen numerosas evidencias científicas que sugieren que los protocolos de carga inmediata presentan unos elevados índices de supervivencia y deben ser recomendados en ciertas situaciones clínicas ⁽⁵⁾. Así, Espósito y cols ⁽⁶⁾ concluyeron que es posible la carga exitosa de los implantes, siendo uno de los prerrequisitos la estabilidad primaria. En esta misma línea Martínez y cols ⁽⁷⁾ determinaron que la carga inmediata debiera contemplarse con una opción prioritaria de tratamiento, planteándose la sustitución de tratamientos implantológicos con períodos de reposo convencionales.

El objetivo de este trabajo es la descripción del protocolo de carga inmediata para la rehabilitación de sobredentaduras inferiores.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 66 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a nuestro Servicio por presentar un edentulismo completo a nivel anterioinferior. (Figura 1).

Se solicitó un estudio radiográfico mediante una ortopantomografía y un TAC en el que se observó que la paciente en la zona posterior presentaba una atrofia ósea generalizada. Ante la complejidad de una rehabilitación con implantes fija, se informó a la paciente de que la mejor alternativa de tratamiento era la colocación de 4 implantes y una sobredentadura inferior con un protocolo de carga inmediata.

Una vez firmado el consentimiento informado se inició el protocolo de carga inmediata, que consistió en la toma de impresiones y vaciado de las mismas para el diseño de las planchas base y el rodillo de cera. Posteriormente, se hicieron los registros y montaje de dientes para el control de la oclusión y altura protética.

Realizados los pasos anteriores, se inició el tratamiento quirúrgico que consistió en la realización de una incisión triangular con trayecto sobre la cresta alveolar hasta la zona de molares y una descarga anterior en la línea media (Figura 2). A continuación se procedió a la colocación de los 4 implantes, distribuidos de manera simétrica, siguiendo la secuencia de fresado propia del sistema.

Una vez insertados los implantes (Figura 3) se retiraron los transportadores y se colocaron el pilar (Figura 4) y la cofia de plástico (Figura 5), propios de la toma de impresión mediante transfer Dual-Press®, procediéndose a la



FIG. 1: CRESTA ALVEOLAR

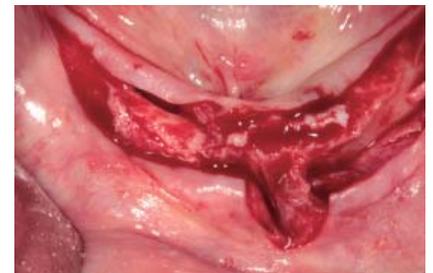


FIG. 2: INCISIÓN TRIANGULAR



FIG. 3: COLOCACIÓN 4 IMPLANTES DISTRIBUIDOS SIMÉTRICAMENTE



FIG. 4: PILARES METÁLICOS PARA TOMA IMPRESIÓN MEDIANTE TRANSFER DUAL-PRESS®

toma de impresión con silicona pesada y fluida (Figura 6). Tras la retirada de los pilares de impresión se colocaron las cabezas de cicatrización para que no se colapsasen los tejidos blandos (Figura 7). Finalmente se le prescribió tratamiento farmacológico consistente en Amoxicilina 750 mg cada 8 horas durante 8 días, Ibuprofeno 600 cada 8 horas durante 4 días y metamizol magnésico oral en caso de necesidad.

Al día siguiente, fue remitida por el laboratorio la barra de metal precioso, y se procedió a su inserción verificándose radiográficamente el ajuste de la misma. Cuarenta y ocho horas después, se retiraron de nuevo las cabezas de cicatrización, se colocó la barra y la prótesis terminada con dos caballitos (Figura 8).

El primer control clínico se realizó a los cuatro días, comprobándose zonas de desajuste o interferencias y retirándose los puntos de sutura. En ese momento se dieron instrucciones para la higiene de la prótesis y de la barra y se aconsejó a la paciente que fuera incrementando la consistencia de los alimentos.

DISCUSIÓN

En la actualidad, la carga inmediata es una modalidad terapéutica en auge en el tratamiento de pacientes con edentulismo total, puesto que permite mejorar la situación del paciente evitando los inconvenientes, la incomodidad y los problemas psicológicos relacionados con el período de espera del tratamiento implantológico clásico (8).

Sin embargo es crítico para el éxito del tratamiento un correcto diagnóstico y planificación, la realización de un estricto protocolo quirúrgico y prostodóncico. En cuanto al diagnóstico y planificación la situación anatómica es un aspecto fundamental, si se piensa en carga inmediata, puesto que las características morfológicas e histológicas de maxilar y de la mandíbula son distintas, siendo esta última mucho más favorable (7).

Desde un punto de vista quirúrgico es imprescindible que los implantes se coloquen con una adecuada estabilidad primaria (9,10). Por otro lado, es fundamental que antes de iniciar el tratamiento quirúrgico la prótesis haya sido probada para que tanto la oclusión como la dimensión vertical estén previstas. Además, la toma de impresiones sobre los implantes ha de ser en coordinación con el laboratorio para que la primera prueba de la barra sea al día siguiente de la cirugía.

Finalmente, los pacientes han de ser adiestrados minuciosamente en los cuidados higiénicos controlándose clínicamente según el protocolo establecido.

La carga inmediata es actualmente un procedimiento predecible (11,12). Grunden (13) obtuvo un índice de supervivencia del 97,2% a nivel mandibular a los 2 años. Romeo y cols (14) compararon los hallazgos clínicos de sobredentaduras con carga inmediata y tardía, con un éxito del 100% y del 97,5% respectivamente, a los 24 meses.

Por lo tanto, podemos concluir que la rehabilitación de la mandíbula edéntula mediante una sobredentadura rehabilitada con un protocolo de carga inmediata es un procedimiento predecible, siempre y cuando la selección de los pacientes sea adecuada, se realice una técnica quirúrgica y prostodóncica minuciosa y se proporcione a los pacientes unas instrucciones adecuadas sobre la higiene y el cuidado de la prótesis y de los implantes •

BIBLIOGRAFÍA

1. Sykaras N, Iacopino M, Marker VA, Triplett RG, Woody RD. Implant materials, designs, and surface topographies: their effect on osseointegration. A literature review. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2000; 15: 675-90.
2. Marinho VC, Celletti R, Bracchetti G, Petrone G, Minkin C, Piatelli A. Sanblasted and acid-etched dental implants: a histologic study in rats. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2003; 18: 75-81.
3. Khang W, Feldman S, Hawley CE, Gunsolley J. A multicenter study comparing dual acid-etched and machines-surfaced implants in various bone qualities. *J Periodontol* 2001; 72: 1384-90.
4. Kim YH, Koak JY, Chang IT, Wennerberg A, Heo SJ. A histomorphometric analysis of the effects of various surface treatment methods on osseointegration. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2003; 18: 349-56.
5. Henry PJ, Liddel GJ. Immediate loading of dental implants. *Aust Dent J*. 2008; 53 (Suppl 1): 69-81.
6. Esposito M, Grusovin MG, Coulthard P, Worthington HV. Different loading strategies of dental implants: a Cochrane systematic review of randomised controlled clinical trials. *Eur J Oral Implantol*. 2008;1(4): 259-76.
7. Martínez-González JM., Barona Dorado C., Cano Sánchez J., Fernández Cáliz F., Sánchez Turrión A. Evaluación de 80 implantes, sometidos a carga inmediata en desdentados inferiores tras un seguimiento de dos años. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11:E165-70.
8. Gapski R, Wang HL, Mascarenhas P, Lang NP. Critical review of immediate implant loading. *Clin Oral Impl Res* 2003; 14: 515-27.
9. Penarrocha M, uribe R, Balaguer J. Immediate implants after extraction. A review of the current situation. *Med Oral*.2004; 9(3): 234-42.

10. Bahat O, Sullivan RM. Parameters for successful implant integration revisited part II: algorithm for immediate loading diagnostic factors. *Clin Implant Dent Relat Res*. 2010; 12 (Suppl 1): 13-22.
11. Erkapers M, Ekstrand K, Baer RA, Toljanic JA, Thor A. Patient satisfaction following dental implant treatment with immediate loading in the edentulous atrophic maxilla. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2011; 26(2): 356-64.
12. Uribe R, Penarrocha M, Balaguer J, Fulgueiras N. Immediate loading in oral implants. Present situation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005; 10 (Suppl 2): 143-53.
13. Grunder U. Immediate functional loading of immediate implants in edentulous arches: two-year results. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2001; 21(6): 545-51
14. Romeo E, Chiapasco M, Lazza A, Casentini P, Ghisolfi M, Iorio M, Vogel G. Implant-retained mandibular overdentures with ITI implants. A comparison of 2-year results between delayed and immediate loading. *Clin Oral Impl Res* 2002; 13: 495-501.



FIG. 5: COFIAS DE PLÁSTICO PARA TOMA IMPRESIÓN MEDIANTE TRANSFER DUAL-PRESS®



FIG. 6: IMPRESIÓN CON LAS COFIAS DE PLÁSTICO EN SU INTERIOR



FIG. 7: TORNILLOS DE CICATRIZACIÓN



FIG. 8: COLOCACIÓN DE LA SOBREDENTADURA INFERIOR A LAS 48 HORAS DE LA CIRUGÍA



Por qué invertir en la fidelización de tus pacientes debe ser tu prioridad n° 1



EN TRIBUNA: ROS MEGÍAS

[CONSULTORA EN MARKETING SANITARIO EN BRAND&HEALTH]

Me imagino que el título de este artículo te habrá sorprendido. ¿Fidelizar al paciente la primera de mis prioridades?, te debes estar preguntando. Pero, ¿y la formación de mi equipo? ¿O la mía propia? ¿La actualización del material en mi clínica? Y, sobre todo, ¿no tendría que estar centrando todos mis esfuerzos en atraer a nuevos pacientes?

Tienes toda la razón.

Todos esos componentes son piezas muy importantes de ese rompecabezas tan complejo que es tu negocio. Pero no olvides que la pieza central, la pieza sin la cual no vas a conseguir llegar a final de mes, es tu paciente.

El problema es que años atrás, el paciente era un ser leal. Si sus padres le habían llevado a la clínica del Dr. Ramírez desde pequeño, él o ella iban a seguir visitando al Dr. Ramírez. Y el día que formase una familia, todos pasaban por la clínica de ese profesional.

La situación ahora es algo distinta.

El dentista de hoy, como bien sabes, se enfrenta a un paciente que tiene mayor acceso a la información y muchos menos recursos económicos en el bolsillo.

No sólo eso.

Al Dr. Ramírez le surgen competidores por todos lados. Porque en España, cada año se incorporan al mercado laboral 1.500 nuevos facultativos, apareciendo así más del doble de dentistas de los que realmente se necesitan.

El paciente de hoy, esa pieza sin la que tu clínica no funciona, es un ser muy esquivo y con muchísimas opciones.

¿ATRAER? ¿FIDELIZAR? ¿AMBOS?

Y aquí es donde empieza el dilema. Porque el Dr. Ramírez no sabe qué ofrecerle al paciente para que se pase por su clínica y se olvide del joven Dr. García que acaba de abrir tres calles más abajo.

Y alguien le convence para que invierta en publicidad digital, Adwords, redes sociales, cupones, brochures, y todo tipo de publicidad... El Dr. Ramírez invierte muchísimo tiempo y energía en atraer al paciente.

Pero el problema es que nadie le ha dicho que, en realidad, iba a obtener mejores resultados aumentando el

nivel de fidelización de sus pacientes. Más que atrayendo a pacientes nuevos.

Sé que resulta sorprendente, pero lo confirman estadística tras estadística:

- La probabilidad de vender algo a un cliente potencial es de tan sólo un 5.20%.
- La probabilidad de vender algo a un cliente existente es de entre un 60 a un 70%.

Tus pacientes te conocen a ti y, supuestamente, les gusta lo que ofreces.

Supuestamente. Esa es la clave.

Porque si no estás seguro de que lo que ofreces en tu clínica hace feliz al paciente, ni los vas a atraer, ni los vas a fidelizar.

“HAZ ACTO DE PRESENCIA”

A la manera de Woody Allen. La cuestión que me plantean muchos clientes en este punto suele ser la siguiente: ¿qué puedo hacer para que una vez me conozcan, no me abandonen? Y la respuesta es esta: aprende de Woody Allen. ¿De Woody Allen?, me dicen.

Pues sí, porque el director de cine norteamericano atribuía el 80% de su éxito a “hacer acto de presencia”. “Showing up”, en sus propias palabras.

Pero ¡cuidado!

Hacer acto de presencia para Woody no significa simplemente aparecer en un lugar determinado en un momento determinado, y punto. No estamos hablando de simplemente hacerse ver más que otros. Estamos hablando de hacerse ver por las razones adecuadas.

¿Cuáles son las razones que hacen destacarse a un dentista?

1. Se esfuerza en conocer a su paciente, para construir y desarrollar una relación de confianza, y para hacerle sentir único.

2. Se esfuerza en llamarle por su nombre, un detalle que puede parecer algo obvio, pero que tan a menudo se pasa por alto.

3. Escucha activamente, estableciendo siempre un contacto visual y respondiendo a los comentarios cuando

corresponda, demostrando así que valora las observaciones y preocupaciones del paciente.

4. Educa sin ser condescendiente, ofreciendo información que le haga al paciente entender sus opciones de tratamiento, las consecuencias de su enfermedad, y los costes que le va a suponer, y sobre todo dándole la oportunidad de hacer todas las preguntas que tenga.

5. Anticipa sus necesidades, demostrando que le importa su salud general y bucal y que, por encima de todo, quiere proporcionarle la mejor atención posible (no el tratamiento que aporte más beneficios a su cuenta bancaria).

6. Actúa con transparencia en relación a sus cualificaciones y al tratamiento que sugiere al paciente, las razones, el proceso y el coste.

7. Aplica el poder del lenguaje no verbal, teniendo en cuenta el impacto que su tono de voz, sus expresiones faciales y sus gestos van a jugar en la comunicación.

8. Cumple lo prometido, demostrando que se preocupa por la salud del paciente y que pueden confiar en él o ella.

9. Sigue su progreso, demostrando que le importa como persona, y no como una transacción.

10. Cultiva habilidades interpersonales avanzadas como la Empatía y la capacidad de Escucha.

11. Trata a su equipo con respeto y amabilidad, y eso se traduce en un equipo que acoge cordialmente al paciente y le hace sentirle como en casa.

Si tu paciente pasa por tu clínica y vive una experiencia positiva, no solo volverá a ti, sino que seguramente también te recomendará a amigos y familiares.

Y tú, habrás conseguido más pacientes sin necesidad de haber tenido que invertir en costosas campañas de captación de pacientes.

Habrás conseguido pacientes simplemente, "showing up": haciendo acto de presencia y siendo lo mejor que puedes ser.

Pero no olvides que, tal y como sucede en nuestras relaciones personales, la relación odontólogo-paciente y clínica-paciente, se nutre cada día.

Y ese trabajo no depende en exclusiva de ti.

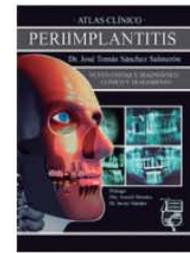
Haz partícipes a todos los miembros de tu equipo de cómo quieres que se trate a tus pacientes. De esa forma crearás un ambiente de comodidad y confianza desde el momento en que entren por la puerta de tu clínica, durante el tratamiento y después de finalizarlo.

¿Te interesa informarte más a fondo sobre el proceso de fidelización de tus pacientes? Te recomiendo que leas "Pacientes Felices, Pacientes Fieles".

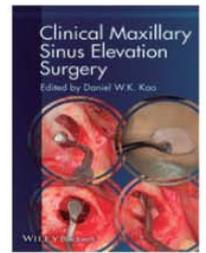
Un curso digital que te enseña paso a paso cómo crear una Experiencia única que genere en tus pacientes el Entusiasmo y Entrega hacia tus servicios que les hará volver una y otra vez. Invierte en fidelización. Invierte en tu futuro ●



Cirugía Mucogingival asociada a las técnicas regener.
Carlo Tinti



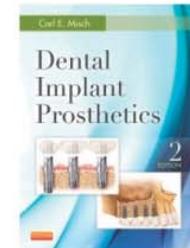
Atlas Clínico de Periimplantitis
J.T. Sánchez Salmerón



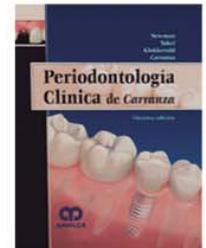
Clinical Maxillary Sinus Elevation Surgery
Daniel Kao



Ortodoncia con excelencia: Logro de la perfección
J.Barbosa



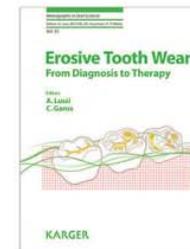
Dental Implant Prosthetics
Carl E. Misch



Periodontología Clínica de Carranza
Newman/Carranza



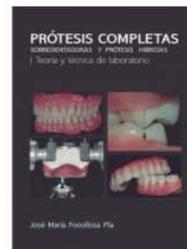
VENEERS: Reconstrucciones mínimamente invasivas
A. Sommella



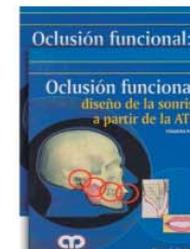
Erosive tooth wear from diagnosis to therapy
A. Lussi



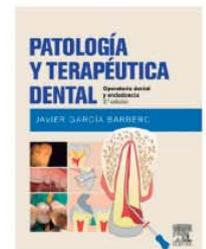
Rehabilitación oral: Previsibilidad y longevidad
W. Baptista



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



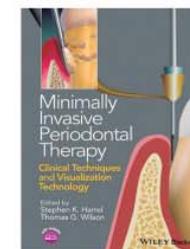
Oclusión funcional: Diseño de la Sonrisa a partir de la ATM
P. Dawson



Patología y terapéutica dental
J. García Barbero



Tto. temprano versus tardío
L. D'Escrivan



Minimally invasive periodontal therapy



La fascinación de la cerámica integral - O. Brix





No se empieza la casa por el tejado (I)

EN TRIBUNA: DANIEL IZQUIERDO HÄNNI

[DIRECTOR DE MARKETING Y ESPECIALISTA EN COMUNICACIONES.

PARA MÁS INFORMACIÓN: WWW.SWISSDENTALMARKETING.COM]

UNA ANÉCDOTA VERDADERA

Hace unos pocos años un dentista en Andalucía insistió tanto en que acudiera a su clínica para un asesoramiento individual, que me deje convencer. La verdad es que—llamémoslo Juan— me parecía no solo un buen dentista sino una gran persona que se dedicaba con toda su alma a atender a cada uno de sus pacientes de forma extraordinaria. A éstos no les importaba esperar, a menudo más de una hora, para ser atendidos.

Juan acudió a mí con la idea de mejorar su marketing dental, en concreto su imagen, apariencia y publicidad frente a futuros pacientes. Una vez en la clínica, y viendo el equipo de ésta en plena acción, no tardé ni diez minutos en constatar que reinaba una completa desorganización: la coordinación entre las auxiliares era prácticamente inexistente, Juan y su segundo dentista dedicaban mucho más tiempo en sus pacientes que el planeado en el programa de citas, había trabajos que se duplicaban, mientras otros no se realizaban.

DESDE DENTRO HACIA FUERA

Para la gran mayoría de los dentistas en nuestro país el marketing dental se reduce a la promoción y la publicidad de la clínica, sin embargo realmente el marketing profesional es más complejo y va más allá de lo que la mayoría cree saber. Al fin y al cabo el marketing forma parte de la gestión de empresas, que engloba aspectos adicionales como contabilidad, liderazgo y organización.

Esta falta de organización era justo el gran problema del gabinete odontológico de Juan, y no la publicidad como él pensaba. Antes de invertir tiempo, esfuerzos y dinero en el marketing dental hacia fuera —el denominado marketing externo y el marketing interactivo— es imprescindible tener bien definido el marketing interno, o sea las relaciones entre la clínica como entidad empresarial y su personal, incluyendo al mismo titular. Si el marketing interno no funciona, tampoco tendrá éxito

el marketing dirigido al paciente y el entorno. Siempre hacen falta unos cimientos sólidos para poder construir una buena casa.



DEFINICIÓN DE LA ESTRUCTURA

No solo son las grandes empresas e instituciones las que usan organigramas para definir la estructura interna, describir los distintos puestos y plasmar de forma gráfica las jerarquías. Estoy seguro que las cadenas y franquicias dentales también recurren a este elemento de la organización empresarial con el objetivo de garantizar una eficacia óptima.

Un organigrama también se puede elaborar para empresas pequeñas, ya que describe los diferentes trabajos y puestos, independientemente del número de empleados. Incluso en un gabinete odontológico con solo un dentista-titular y uno o dos auxiliares existen una serie de tareas mínimas como, por ejemplo:

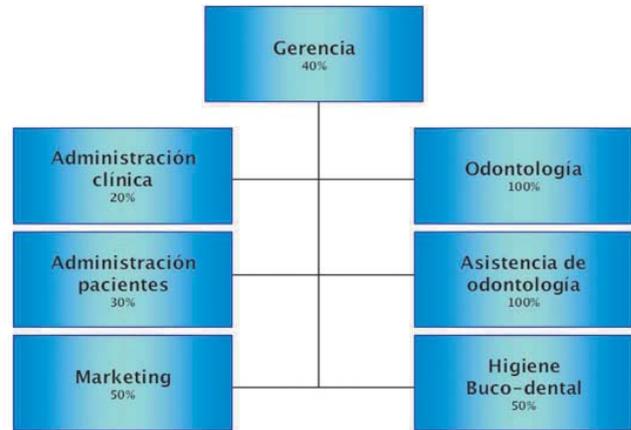
1. La labor odontológica
2. El trabajo faena odontoauxiliar
3. La atención al paciente antes y después de la intervención
4. La preparación de la sala y del material

5. La administración de la base de datos incluido historia médica y recalls
6. La facturación
7. La administración general como pagos, contratos, hacienda, etc.
8. Control del suministro y las compras
9. La elaboración de presupuestos
10. Limpieza de las instalaciones
11. Marketing y publicidad

Uno de los objetivos de un organigrama consiste en hacer ver las distintas tareas dentro de una empresa y el volumen de trabajo que conllevan. Por esta razón siempre se debe de incluir una cuantificación en forma de horas a la semana o % de trabajo al mes. Si, como en el ejemplo mencionado, el dentista es su propio jefe le corresponderán las tareas 1, 7, 8, 9 y 11. ¡Mucho trabajo para una persona!

El organigrama es una herramienta del marketing dental porque ayuda a regular las competencias dentro de la clínica y a evitar problemas entre el personal. Ya que refleja la totalidad de las tareas y es un indicador muy importante para la planificación y selección de los (futuros) recursos humanos. En vez de contratar una segunda auxiliar de clínica puede que tenga más sentido fichar un administrativo que se encargue de toda la trama administrativa, incluido los tan importante recalls y el marketing. Una contratación de dicho tipo permitiría al personal odontológico atender de forma más completa a los pacientes, trabajo para el que ha sido formado. Trabajo de especialista, que es realmente el que aporta beneficios económicos ●

En la próxima edición de Odontólogos de Hoy seguirá la segunda parte con reflexiones sobre la organización en la clínica dental.



CADA CAMPO, CADA CASILLA DEL ORGANIGRAMA REFLEJA UNA TAREA, INDEPENDIENTEMENTE DE LA PERSONA QUE LA REALIZA. A MENUDO EL MISMO TRABAJADOR CUMPLE CON DOS O TRES RESPONSABILIDADES AL MISMO TIEMPO. LA ORDEN VERTICAL CON LAS LÍNEAS ENTRE LOS DISTINTOS CAMPOS REFLEJA LA JERARQUÍA.



Suscríbase

a nuestra publicación
entrando en la web

www.higienistasdehoy.com

HIGIENISTAS
de hoy



El odontólogo externo en la clínica: ¿relación laboral o mercantil?

EN TRIBUNA: PABLO PÉREZ ROJO

[LETRADO ESPECIALISTA EN DERECHO LABORAL DE LA FIRMA IVB, ABOGADOS Y ECONOMISTAS SLP (PPR@IVB.ES) (WWW.IVB.ES)]

Existen profesiones, entre las que se encuentra mi gremio, en el que por diversas razones se huye de forma automática de cualquier encuadramiento que conlleve una relación laboral. Digo profesiones y no sectores, puesto que nadie duda que el personal auxiliar tenga un contrato laboral, pero con el profesional liberal —en nuestro caso el odontólogo— el tratamiento es distinto: la práctica tiende hacia un encuadre mercantil de la relación contractual con el odontólogo externo o asociado que trabaja en la clínica.

Es una cuestión casi cultural, y por eso existen situaciones prácticas y reales que hacen creernos que debe ser así, no obstante, ¿qué piensa el Tribunal Supremo al respecto?

Pues bien, iniciemos el presente artículo partiendo de unas situaciones prácticas que se dan en la realidad y que nos pueden confundir. Esto es, puede parecer que es correcta una relación mercantil cuando se da alguna de estas premisas: que el odontólogo externo no está sujeto a un horario y una jornada de trabajo. Que fija a su arbitrio los días y horas en que va a prestar servicios a la clínica dentro de su horario comercial y en función de sus propias necesidades. Que presta sus servicios en otras clínicas o tiene clínica propia. Que no está obligado por la empresa a permanecer en la clínica si no tienen pacientes citados. Que organiza su agenda e indican a los auxiliares qué días y horas citan a los pacientes, los cuales son clientes propios o que acuden por reclamo de la clínica. Que cobra de la clínica por acto médico realizado; en concreto, la retribución que obtiene consiste en un porcentaje pactado de común acuerdo por ambas partes sobre lo abonado por los pacientes merced a las intervenciones del odontólogo una vez deducido el porcentaje de los gastos de laboratorio. Que exista un arrendamiento por el uso de la infraestructura, medios y materiales propiedad de la Clínica. Que las prótesis y ma-

teriales a colocar en el paciente se encargan y abonan por el propio odontólogo. Que en la factura que prestan a la clínica, por todos los trabajos realizados mensualmente, se les descuenta un porcentaje correspondiente a los trabajos de laboratorio. Que en alguna ocasión, debido a la especialidad del trabajo, el odontólogo aporta su propio instrumental para la realización de sus intervenciones. Que no está sometido al régimen disciplinario y sancionador de la Clínica, ni han sido sancionados por la dirección

de la Clínica en ninguna ocasión. Que no existe vigilancia ni control por parte de la Clínica en la forma y contenido de su actividad y que, por tanto, decide tanto el tratamiento a aplicar al paciente como su duración y el material a utilizar en sus intervenciones. O que el odontólogo fija y decide las vacaciones que va a disfrutar, conviniendo los sustitutos para la prestación de los servicios.

Con este cúmulo de premisas, que pueden concurrir o no, pocos apostarían por entender que existe relación laboral, y, a priori no tienen por qué faltarles razón.

Efectivamente, el art. 1 de la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo, define a los autónomos como las personas físicas que realizan de forma habitual, personal, directa, por cuenta propia y fuera del ámbito de dirección y organización de otra persona, una actividad económica o profesional a título lucrativo, den o no ocupación a trabajadores por cuenta ajena. Y si analizamos el presente precepto en conjugación con las premisas anteriormente expuestas, las características del trabajador autónomo se dan en el odontólogo.

Sin embargo, estos presupuestos que se manejan para encuadrar al odontólogo en el régimen de autónomos, son para el Tribunal Supremo y la Autoridad Laboral, meras verdades “del barquero” y así lo viene estableciendo dicho Alto Tribunal en diferentes sentencias en las

“*Por diversas razones se huye de forma automática de cualquier encuadramiento que conlleve una relación laboral.*”

que llega ya a unificar la doctrina; son las de 19 de junio de 2007 y 10 de julio de 2007, aunque la más ilustrativa es la de fecha 18 marzo 2009, siendo así que las sentencias posteriores vienen a adherirse a esta tesis.

Así es, el Tribunal Supremo expone los elementos definitorios del trabajador autónomo con un planteamiento basado en la relación laboral, considerando que existe ésta cuando se dan una serie de elementos que la definen, tales como: la Dependencia, entendiéndose como propio de una relación laboral la asistencia al centro de trabajo del empresario titular de la clínica o al lugar de trabajo designado por éste y el sometimiento a un horario, aunque éste sea el horario comercial fijado ampliamente por dicho titular. La ajenidad, entendiéndose que ésta se da cuando se produce la entrega o puesta a disposición del empresario-titular por parte del trabajador-odontólogo de los servicios sanitarios realizados (STS 31/03/97); la adopción por parte del empresario y no del trabajador-odontólogo de las decisiones concernientes a las relaciones de mercado o de las relaciones con el público, como fijación de precios o tarifas, selección de clientela, indicación de personas a atender (SSTS 11/04/90 y 29/12/99); el carácter fijo o periódico de la remuneración del trabajo (STS 20/09/95); el cálculo de la retribución o de los principales conceptos de la misma con arreglo a un criterio que guarde una cierta proporción con la actividad prestada, sin el riesgo y sin el lucro especial que caracterizan a la actividad del empresario o al ejercicio libre de las profesiones (STS 23/10/89). La Retribución del odontólogo trabajador a cargo del empresario titular de la clínica –y no del paciente– en función de una tarifa predeterminada por actos médicos realizados por la clínica (STS 07/06/86) o de un coeficiente por el número de asegurados atendidos o atendibles; y éstos, constituyen indicios de relación laboral en cuanto que la obligación directa de pago al odontólogo respecto a su servicio recae en la clínica y no en el paciente; a lo que se une además que existe ese servicio, que es remunerado cual trabajo, con criterios o factores estandarizados de actividad profesional. Todo ello se manifiesta como la existencia de relación laboral o por cuenta ajena (STS 20/09/1995).

Si bien es cierto que el hecho de que la remuneración consista en una cantidad fija mensual no convierte obligatoriamente en laboral el nexo contractual de las partes, pues puede establecerse un sistema de “igualada”, lo cierto es que tampoco podemos creer y defender que la relación es mercantil sólo por ese sistema de igualada mensual y un contrato mercantil firmado por las partes.

Es decir, es menester analizar la labor y forma de trabajo concreta, pero ya adelantamos que las pautas que marca el TS son ya bien definidas, esto es, existe relación

laboral cuando se dan sus características propias de una relación laboral: a) voluntariedad, y prestación de servicios de carácter personal, que se pone de manifiesto en el proceso de selección que han de superar para prestar servicios para la clínica; b) ajenidad, por cuanto los frutos del trabajo se transfieren desde el inicio a la clínica, que a su vez asume la obligación de pagar la retribución –salario– con independencia de la obtención de beneficios; c) los trabajos se prestan dentro del ámbito de organización

“

El Tribunal Supremo expone los elementos definitorios del trabajador autónomo con un planteamiento basado en la relación laboral, considerando que existe ésta cuando se dan una serie de elementos que la definen.

”

y dirección de otra persona –la clínica–, sin que para ello sea preciso el sometimiento a jornada laboral, aunque se obligan a prestar el servicio durante el horario de apertura al público de las clínicas, d) la retribución que percibe el odontólogo, está en función de un porcentaje sobre la facturación efectivamente cobrada a los clientes atendidos en las Clínicas, deduciendo de la misma el porcentaje cobrado en concepto de gastos de trabajo de laboratorio, en sistema retributivo similar al salario a comisión.

Sin deslegitimar el criterio del Tribunal Supremo y conscientes de que son los Tribunales los que finalmente tendrán la última palabra, entendemos no obstante que existen profesionales cuyo trabajo encaja más bien en el ámbito de la relación mercantil como verdaderos externos y ajenos, si bien, habrá que ajustar esa realidad mercantil al criterio jurisprudencial, configurando los parámetros diferenciadores de la relación laboral de la mercantil a través de mecanismos, procesos y documentos que permitan identificar y defender la existencia de una auténtica relación mercantil •

TITANIC

THE EXHIBITION

FERNÁN GÓMEZ
CENTRO CULTURAL DE LA VILLA
02.10.15 / 06.03.16

EL TITANIC ATRACA EN EL CENTRO CULTURAL FERNÁN GÓMEZ DE MADRID

LA EXPOSICIÓN INTERNACIONAL SOBRE LA CATÁSTROFE DEL TITANIC MÁS VISITADA DEL MUNDO VUELVE A ESPAÑA TRAS VIAJAR POR EUROPA Y AMÉRICA DURANTE MÁS DE DOS AÑOS. EL CENTRO CULTURAL FERNÁN GÓMEZ ACOGE UNA MUESTRA EN LA QUE SE PODRÁN OBSERVAR CERCA DE 200 OBJETOS ORIGINALES Y REPRODUCCIONES A TAMAÑO REAL DE VARIAS ESTANCIAS.

Desde el pasado 23 de octubre y hasta el 6 de marzo de 2016 "Titanic, The Exhibition" ofrece al público la posibilidad de vivir una experiencia inolvidable y emotiva en la que se conoce de cerca la historia del buque, desde su creación hasta el estado actual de los restos, a través de los objetos originales (algunos nunca expuestos anteriormente), entre los que se encuentran la joya que inspiró a James Cameron para hacer la película Titanic, las cartas escritas por el primer oficial William Murdoch o relojes parados con la hora exacta del hundimiento.



LA JOYA QUE INSPIRÓ A JAMES CAMERON PARA HACER LA PELÍCULA TITANIC



EL TITANIC ZARPA



VISITANTES

LA EXPOSICIÓN ITINERANTE MÁS VISITADA DEL MUNDO

La fatídica madrugada del 15 de abril de 1912, el Titanic, el mayor buque jamás construido por la mano del hombre, se hundió en las gélidas aguas del Atlántico Norte tras impactar contra un iceberg, llevándose con él la vida de 1495 personas. El mundo entero se conmocionó al conocer la terrible noticia.

100 años después, Titanic the Exhibition, compuesta por cerca de 200 objetos originales del Titanic y numerosas reproducciones a tamaño real de sus estancias interiores, atraca en el Fernán Gómez. Centro Cultural de la Villa.

Emotiva y apropiada para todas las edades, la exposición te permitirá realizar un inolvidable viaje al pasado a través del cual se podrá conocer cómo fue la efímera vida a bordo del transatlántico; desde su concepción y construcción hasta el estado actual de los restos, a casi 4 kilómetros de profundidad en el lecho marino. Recorriendo las ocho salas que conforman la que es la exposición itinerante más visitada del mundo y ocuparán 1.500 metros cuadrados, se podrá conocer, además, en primera persona, las innumerables historias de heroísmo que tuvieron lugar a bordo, como la de Molly Brown, y la dimensión más humana de la tragedia vivida •



| | |
|---------------|---|
| Cuándo | Hasta el 6 de marzo |
| Lugar | Fernán Gómez Centro Cultural de la Villa |
| Web | www.titanic.eu/spa |
| Metro | Colón/Serrano |

EN EL TEATRO REAL DE MADRID

GRAN GALA DE ÓPERA DE NAVIDAD

Como cada año la Navidad llega a todos los rincones de nuestro país: grandes capitales, ciudades pequeñas, pueblos, aldeas..., en todos los núcleos de población habrá eventos y actos conmemorativos en estas fechas tan señaladas: mercadillos solidarios, encendido de luces, galas de circo para los más pequeños, conciertos, obras teatrales, cabalgatas, etc.

Este año queremos recomendar la Gran Gala de Ópera de Navidad, que llega por adelantado al Teatro Real, con el concierto organizado por la Fundación Excelentia, donde se interpretarán en dos partes fragmentos de las óperas más conocidas de todos los tiempos.

Verdi, Mozart, Puccini, Donizetti, Tchaikovsky, Bizet son algunos de los autores que protagonizarán este recital en el coliseo madrileño. Sus grandes éxitos serán interpretados por la New York Chamber Orchestra con la batuta de Kynan Johns.

Este especial evento contará, además, con dos grandes intérpretes: la soprano Olga Peretyatko y el tenor Dmitry Korchak •



| | |
|---------------|--|
| Cuándo | 4 de diciembre |
| Lugar | Teatro Real |
| Web | http://www.teatro-real.com/es/espectaculos/1997 |
| Metro | Ópera |

[JOSÉ LUIS GUTIÉRREZ EN EL COLEGIO DE DENTISTAS DE SEVILLA]

El diagnóstico precoz y las innovaciones terapéuticas claves para tratar el cáncer oral



“El cáncer oral es la patología más grave que puede presentarse en la cavidad bucal”, así lo ha afirmado José Luis Gutiérrez Pérez en su ponencia enmarcada dentro del Aula CBS que constituye un espacio formativo, gracias al acuerdo de colaboración entre el Colegio Oficial de Dentistas de Sevilla, el Equipo Docente de Cirugía Bucal y el Servicio Andaluz de Salud.

A lo largo de su ponencia titulada “Avances en el cáncer oral y su análisis coste eficacia III”, enmarcada en el Aula CBS, el profesor Gutiérrez Pérez se centró en la actualización de los conocimientos que rodean el cáncer oral, con especial énfasis en las innovaciones terapéuticas. En este sentido concretó que constituye el sexto tipo de cáncer más frecuente en el ser huma-

no y destacó que la supervivencia está directamente ligada con el diagnóstico precoz y que cada vez existen técnicas diagnósticas más precisas y fiables para la prevención.

Del mismo modo, subrayó que “aunque el tratamiento es habitualmente quirúrgico, cada vez intervienen más especialistas y, gracias a un abordaje multidisciplinar, los resultados clínicos son cada vez mejores”.

Además, realizó una aproximación desde la calidad de los tratamientos aplicables y profundizó en los conceptos de coste-utilidad y coste-efectividad a fin de dar a conocer el impacto económico que tienen para la sociedad las decisiones clínicas que adoptan los profesionales sanitarios •

[OSTEÓGENOS, EMPRESA LÍDER ESPECIALIZADA]

Osteógenos bate record de cursos formativos en 2015



Osteógenos finaliza este año con la realización de más de 50 ponencias, más de 30 talleres prácticos, 2 cursos modulares, varios cursos prácticos sobre pacientes y la retransmisión de numerosas cirugías en directo, todos orientados a la formación en regeneración ósea y el manejo de tejidos blandos, situándose una vez más como empresa líder especializada en el campo de la regeneración de tejidos duros y blandos. •

[EN LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD]

Curso del Dr Borja Zabalegui

Durante los días 25 y 26 de septiembre, en la Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte del Campus de Huesca de la Universidad de Zaragoza el Dr. D. Borja Zabalegui impartió un curso sobre el concepto de éxito-fracaso en el tratamiento de conductos, la clasificación de las causas del fracaso, la preparación biomecánica de los conductos y su obturación, las aplicaciones del microscopio operatorio, las interrelaciones endodoncia y periodoncia, el síndrome de pérdida ósea alveolar, el uso del CBCT, perforaciones, apico-formación, fracturas radiculares horizontales y microcirugía endodóntica •



[EN SAN SEBASTIÁN]

Periimplantitis y preservación alveolar

El día 20 de noviembre tuvo lugar en San Sebastián el último curso de un total de 12 impartidos durante 2015, por los Doctores Alberto Fernández Sánchez y Daniel Robles Cantero, sobre “Periimplantitis y preservación alveolar”.

En la imagen los dictantes junto a algunos de los asistentes •



MOZOGRAU®
IMPLANTES DENTALES



Asociación Española
de Endodencia

[PRÓXIMOS 29 Y 30 DE ENERO]

XIII Simposium Nacional de Endodencia

La Asociación Española de Endodencia celebrará los próximos 29 y 30 enero del próximo año la décimotercera edición de su Simposium. El evento tendrá lugar en el complejo Duques de Pastrana, situado en el Paseo de la Habana, 208, de Madrid.

Las jornadas se iniciarán el viernes 29 por la tarde con una presentación a cargo del presidente de AEDE, José María Malfaz, que además moderará este bloque de ponencias en las que se abordarán temas como el diagnóstico en Endodencia y la influencia del factor edad o el uso del CBCT. Esa misma tarde, y de la mano de SEDO, se explorarán las relaciones entre la Ortodoncia y la Endodencia, con especial atención a los casos comprometidos, y las reacciones tisulares radiculares en tratamientos ortodóncicos.

Durante la mañana del sábado, el abanico de ponencias se centrará en el uso en Endodencia de la terapia fotodinámica y láser, las soluciones de irrigación, la preparación de conductos con lima única y el tratamiento en grandes curvaturas. También están previstas tres ponencias sobre: obturación, complicaciones y diagnóstico de las fracturas radiculares.

Por la tarde, los temas que se abordarán serán los factores que influyen el pronóstico de la periodontitis apical post-tratamiento endodóntico, la traumatología dental, el retratamiento de conductos, la microcirugía endodóntica y una ponencia sobre aspectos legales relacionados con la práctica de la Endodencia •





“ 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

Normoimplant system

en buenas manos



Soluciones simples para un mundo complicado.

 **Versatilidad**

 **Variedad**

 **Eficacia**



Implantes

Normoimplant **HE**
Normoimplant **HI**

Instrumental



Prótesis

