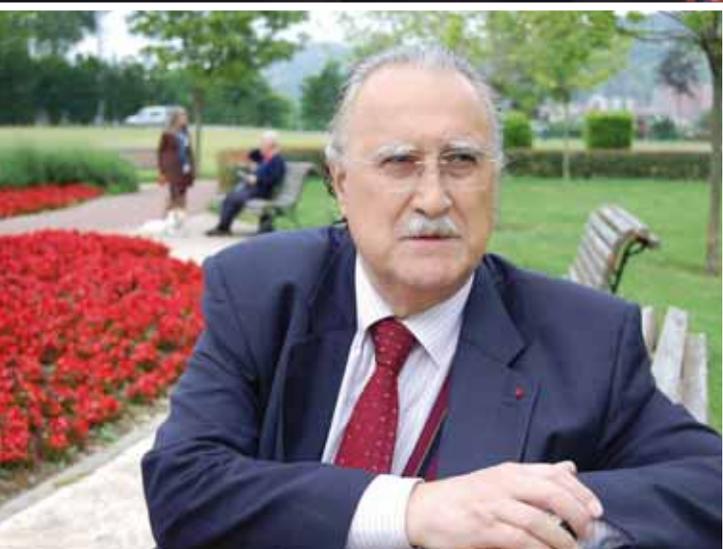


*“Si la ciencia te interesa, dedícate a ella con toda tu fuerza, ya que llenará toda tu vida”*

## Santiago Grisolia



**Iñaki Azkuna**  
Médico y Alcalde de Bilbao



**Daniel Zulaika**  
Coordinador del Plan de Prevención  
del Sida del País Vasco

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

Disponible **ahora!**



## El composite **posterior rápido**

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



## Tetric EvoCeram® Bulk Fill

El composite modelable para obturación monolítica



Experimente el futuro de los composites con Ivocerin:  
[www.ivoclarvivadent.com/bulkfill\\_en](http://www.ivoclarvivadent.com/bulkfill_en)



**ivoclar vivadent**  
passion vision innovation

[www.ivoclarvivadent.com](http://www.ivoclarvivadent.com)

Ivoclar Vivadent SLU  
C/ Ribera del Loira 46, 5ª Planta | 28024-Madrid | Tel.: 91 375 7820 | Fax: 91 375 7838

## SUMARIO

08 · MAYO/JUNIO '13

### 6 Opinión

### 8 Actualidad

#### 8 NOTICIAS

XII Congreso de la SEMO · 47ª Reunión Nacional de SEPA en Granada · XIII Congreso SELO · A.M.A. presenta sus excelentes resultados anuales · 2º Encuentro Global de Altos Cargos de la Administración Sanitaria.

#### 22 REPORTAJE:

**Brigadas Odontológicas y Médicas "Salud en Movimiento" en México**

#### 38 EMPRESAS

### 40 Entrevista

#### 40 SANTIAGO GRISOLÍA

Presidente Ejecutivo de los Premios Rey Jaime I.

#### 46 JAIME DEL RÍO

Catedrático de la Facultad de Odontología de la UCM.

#### 48 IÑAKI AZKUNA

Médico y Alcalde de Bilbao.

#### 52 DANIEL ZULAIKA

Plan de Prevención del Sida del País Vasco.

### 54 Ciencia y salud

#### 54 Cavidad oral, Sida y Sífilis

María Luisa Gainza y José Manuel Aguirre.

#### 58 Caso Clínico

Odontoma.

#### 60 Aplicaciones de la tecnología CBCT

Máster de Ortodoncia de la URJC.

### 64 Mejora tu gestión

#### 64 El consentimiento informado en odontología

Javier Relinque, Abogado.

#### 68 Rentabilidad y beneficios en la empresa sanitaria

Javier Lozano Zafra.

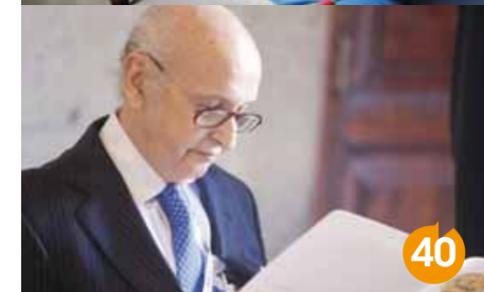
### 72 Ocio

#### 72 DESTINOS: Praga, una joya en el corazón de la vieja Europa

#### 80 RECOMENDAMOS: El Doncel de Sigüenza, Icono mundial de la lectura.

### 82 Agenda cultural

### 84 Formación



## ODONTÓLOGOS DE HOY

### EDITOR:

**Fernando Gutiérrez de Guzmán**  
editor@odontologosdehoy.com

### DIRECTOR CIENTÍFICO:

**Francisco Antonio García Gómez**  
d.cientifica@odontologosdehoy.com

### REDACTORA JEFE:

**María José García**  
redaccion@odontologosdehoy.com

### CORRESPONSAL BARCELONA:

**Juan José Guarro Miquel**  
delegación.bcn@odontologosdehoy.com

### CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:

**Antonio Castaño Seiquer**  
social@odontologosdehoy.com

### CORRESPONDENT IN UNITED STATES OF AMERICA (USA)

**Laura San Martín Galindo**  
correspondent.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

### FOTOGRAFÍA

**Helena Galo**

### DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

**Oklok**  
maquetacion@odontologosdehoy.com

### IMPRESIÓN:

**MSH Impresores**

### COMITÉ CIENTÍFICO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Cristina García Durán.** Protésico Dental. Madrid.  
**Ángel Gil de Miguel.** Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Decano Facultad de Ciencias de la Salud. U.R.J.C. Madrid.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Javier Relinque.** Socio IVB Abogados y Economistas. Sevilla.

**Martín Romero Maroto.** Profesor Titular Ortodoncia U.R.J.C. Madrid

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

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

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

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

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

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

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

**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.

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

### SUSCRIPCIONES:

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

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

© Publicaciones Siglo XXI, S.L.

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

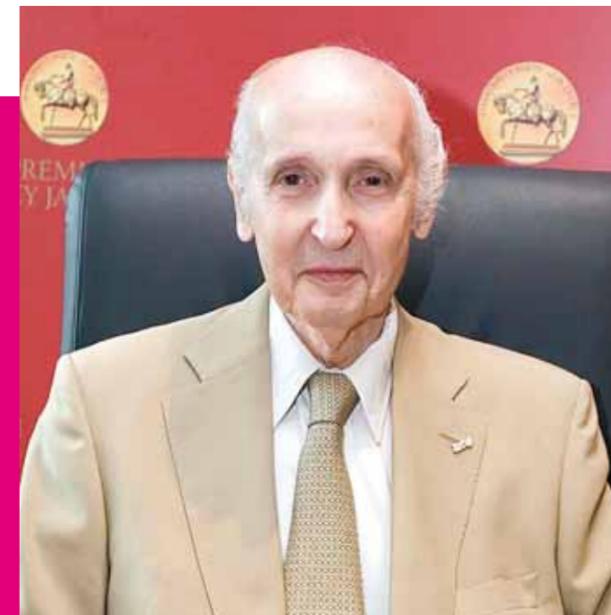
Tel: 911 93 59 59

D.L.: M-648-2013

ISSN: 2255-582X

## [EN PORTADA] 40 · Santiago Grisolía

Entrevistamos a uno de los científicos más reconocidos de nuestro país. Presidente Ejecutivo de la Fundación de los Premios Rey Jaime I.



## 52 · Entrevista a Daniel Zulaika, coordinador del Plan de Prevención del Sida en el País Vasco



## 14 · La aseguradora A.M.A. presenta sus excelentes resultados anuales



## [ENTREVISTA] 46 · Jaime del Río

Catedrático de la Facultad de Odontología de la UCM, opina sobre el tema de las especialidades y otros aspectos de la profesión.



## In Memoriam al Profesor Manuel Donado Rodríguez

POR: JOSÉ M<sup>o</sup> MARTÍNEZ GONZÁLEZ, DISCÍPULO

Con profunda tristeza escribo estas palabras, a modo de reflexión, sobre la figura del Profesor Manuel Donado Rodríguez, fallecido recientemente.

Desde 1985 hasta la fecha actual he podido compartir sus enseñanzas, cariño y amistad lo que me permite valorar de forma acertada su personalidad y legado. Si bien es cierto, que su vida giró en torno a su mujer África, sus hijos Marta, Alfredo y Berta, sus hijos políticos Rosa, Pedro y Alberto y sus nietos Raúl, Pablo, Claudia, Juan, Irene y Alejandra, otra parte no menos importante fue su incesante labor docente, investigadora, asistencial y de divulgación.

Desde que en 1985 obtuviese de forma brillante la Cátedra de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial, hasta su retiro por razones administrativas, su "legado" no sólo ha sido incuestionable, también incomparable.

Con su generosidad y espíritu de "gran maestro", apoyó de forma incondicional, la carrera docente de sus discípulos más inmediatos, convirtiéndole en un referente en las Facultades de Odontología españolas; 8 profesores titulares y un contratado doctor (José M<sup>a</sup> Vega del Barrio, Pedro Ruiz de Temiño Malo, Blanca Guisado Moya, José M<sup>a</sup> Sada García-Lomas, Apolinar García Peñín, Rafael Baca Pérez-Bryan, Juan López-Quiles Martínez y uno mismo).

Infatigable e incombustible, el Prof. Donado impartió sin descanso sus enseñanzas a más de 2000 estudiantes de Estomatología y Odontología, y cerca de 200 postgraduados en cirugía bucal con el lema universitario "Eman Ta Zabal Zazu", da fruto y dalo a conocer. Esta germinación, semilla y fruto, hoy se desarrolla con altos niveles de capacitación profesional y reconocimiento de todos aquellos que pudieron tener el privilegio de formarse a su lado.

Adelantado a las perspectivas futuras, supo ver las transformaciones sociales que se producirían y la importancia que acabaría teniendo la "cirugía bucal" dentro de la odontología, de ahí que para muchos, se le

reconozca como el padre de la misma. Fruto de ello, desarrolló como miembro fundador y primer presidente la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECIB), para aglutinar, encajar y potenciar la especialización de los odontólogos en este campo.

A su primera obra escrita "Exploraciones y técnicas en cirugía oral", le siguieron otras como "Urgencias Odontoestomatología", "Anatomía implantológica", pero, sin duda alguna, especial fue el libro "Cirugía Bucal: Patología y Técnica". Una vez más me atrevere, sin errar, a decir que es la obra más difundida, consultada y seguida en las diferentes facultades de odontología españolas, conocida por los alumnos de pregrado y grado actuales, como el "Libro de Donado". Tres ediciones y una cuarta, de próxima edición, que a pesar de su enfermedad dedicó sin respiro, hasta sus últimos momentos, para que ésta tuviese el cuerpo doctrinal exigente, actualizado y minucioso que siempre le acompañaron.

Así era el Prof. Donado, hombre tenaz, constante, desinteresado, magnánimo, generoso, con grandes ideas

y numerosos proyectos. Luchador de sus principios con las palabras como principio fundamental del diálogo, se le reconoció y respetó en todos los ámbitos de la gestión universitaria, colegial y de sociedades científicas. Sin embargo, también es cierto que unos pocos, ciegos en espíritu y mediocres en ideas, quisieron erosionar esa gran figura que ha sido, y que, evidentemente, puedo garantizar, nunca lo consiguieron.

Este "gran maestro", que siempre renunció al protagonismo y poco amigo de los reconocimientos, ya no está físicamente con nosotros. Su legado extenso y sin fronteras, perdurará y abarcará a numerosas generaciones, y su presencia constante en nuestros corazones hará que todo el mundo académico tenga presente su gran figura, la figura de un gran maestro, el Profesor Manuel Donado Rodríguez •

“Un gran maestro”

Seguro de Automóvil



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



Y además,  
**50%**  
DESCUENTO

Así funcionan nuestras nuevas coberturas exclusivas:

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

**Nosotros lo hacemos**

¿No sabe cómo volver a casa después?

**Nosotros le llevamos**

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

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

Así de fácil y así de claro.

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

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

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



## El cáncer oral y la patología de la mucosa centran el XII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Oral



ARRIBA A LA IZQUIERDA: MESA PRESIDENCIAL DEL XII CONGRESO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA ORAL

ARRIBA A LA DERECHA: JOSÉ M. AGUIRRE EN UN MOMENTO DE SU INTERVENCIÓN



El XII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Oral (SEMO) fue inaugurado con la presencia del rector de la USC, el alcalde de Santiago de Compostela, la Subdirectora General de Planificación en Programación Asistencial de la Xunta de Galicia, el decano de Medicina y Odontología y los presidentes de la Academia Iberoamericana y de la Sociedad Española de Medicina Oral. El profesor José Manuel Gándara Rey, presidente de la SEMO y organizador del congreso recordaba cuando hace 17 años se celebró también en la ciudad de Santiago la III Edición del mismo y la I Reunión de la Academia, y repasó la evolución de las sociedades desde entonces.

El congreso comenzó con la celebración de dos mesas redondas sobre pre-cáncer y cáncer oral, y patología de la mucosa oral de patogenia inmune. La primera de las mesas dedicada al pre-cáncer y cáncer oral fue coordinada por el profesor José V. Bagán Sebastián, quien destacó que los marcadores bio-moleculares contemplan un gran número de investigaciones que pretenden ayudar a la predicción de pacientes con mayor riesgo de sufrir cáncer. “En este momento no hay resultados concluyentes definitivos en el cáncer de boca, por lo que esta temática es tremendamente importante” aseguró Bagán.

Uno de los profesores más reconocidos a nivel mundial en cáncer oral, Isaac Van der Waal, realizó una actualización de las definiciones y clasificación de cada una de las lesiones precancerosas conocidas actualmente como lesiones potencialmente malignas. José M. Aguirre Úrizar, presentó los marcadores bio-moleculares en la carcinogénesis oral, que pueden ayudar a detectar pacientes con mayor riesgo de devenir en cáncer oral. El profesor Abel García García, introdujo el trata-

miento quirúrgico adecuado y Santiago Aguin Losada los protocolos en el tratamiento oncológico.

La patología de la mucosa oral de patogenia inmune fue tratada en la segunda mesa coordinada por los profesores Angel Martínez Sahuquillo y Eduardo Chimenos Küstner. Miguel Ángel González Moles presentó los pénfigos, su diagnóstico diferencial y su tratamiento, enfermedad poco frecuente pero que puede derivar en mortalidad del paciente. El líquen plano e inflamación fue presentada por Andrés Blanco Carrión, que indicó la importancia de

su tratamiento y seguimiento periódico del paciente durante toda la vida para evitar que derive en cáncer oral. El eritema multiforme fue expuesto por Elisa Vega Memije, dermatóloga mejicana que explicó la importancia del diagnóstico precoz y su posterior derivación a tratamiento especializado. Por último, Gonzalo Hernández Vallejo trató el tema del diagnóstico y manejo de la gingivitis descamativa, una enfermedad muy frecuente que puede obedecer a múltiples causas y cuyo manejo requiere tanto de un tratamiento de la enfermedad base como unos óptimos cuidados periodontales.

El sábado tuvo lugar una sesión clínica patológica coordinada por José Manuel Aguirre Úrizar, en la que se presentarán diversos casos clínicos con dificultad en el diagnóstico y en la terapéutica, de enfermedades de la boca, huesos maxilares y glándulas salivales. A posteriori se celebró una mesa redonda bajo el título de “Saliva y glándulas salivales”, coordinada por las profesoras Pía López Jornet y Yolanda Jiménez Soriano •



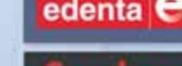
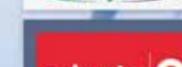
**INRODENT**  
GRUPO FERRANZANO S.L.  
Inst. Rotativos y Art. Dentales

Visita nuestro catálogo virtual

Rápido, Fácil y Económico

**900 101 207**

Amplia gama de artículos para Clínica Dental y Prótesis



Todo en mobiliario para su clínica



www.inrodent.es

[47ª REUNIÓN NACIONAL DE SEPA EN GRANADA]

## La salud bucodental en entredicho debido a la crisis económica

La 47ª Reunión Nacional de SEPA se celebró del pasado 23 al 25 de mayo en Granada, con la asistencia de más de 1.300 profesionales. Los expertos que se han congregado en la ciudad andaluza han advertido que la salud bucodental preocupa cada vez más a la población pero constatan que han descendido las consultas al dentista, un hecho relacionado con la grave situación de crisis económica que vive nuestro país..

Sin embargo, esta realidad contrasta con el interés mostrado por la población en mejorar su salud bucodental y por el aumento en los conocimientos existentes sobre los beneficios de una adecuada prevención. Además, las evidencias científicas subrayan diariamente la necesidad e importancia de una buena prevención: ir al dentista a menudo puede ahorrar muchos problemas en el futuro.

### Repercusiones para la salud

“El cuidado personal de la higiene bucodental es una inversión de futuro, con una alta rentabilidad”, así lo reconoció el Dr. Jordi Cambra, que dirigió el curso “¿Cómo abordar la gestión clínica en plena crisis económica?”.

Acudir periódicamente al dentista para una sesión de higiene profesional supone un esfuerzo económico aparentemente incompatible con la realidad económica del país. Por lo tanto, según señaló el Dr. Cambra, “es probable que muchas personas apuren hasta sentir dolor o una gran incomodidad antes de tomar medidas, lo cual es un error”. Y es que, a su juicio, “la sensación engañosa de que no es imprescindible acudir al dentista puede suponer que algunas personas lo releguen a un segundo término”.

Según los expertos, el mensaje de “vaya al dentista a menudo para hacerse poca cosa”, está siendo sustituido por el de “esperar a tener un problema más serio y más costoso”;



ARRIBA: EL DR. DAVID HERRERA, NUEVO PRESIDENTE DE SEPA

ir al dentista frecuentemente no está de moda en los tiempos que corren. Sin embargo, el Dr. Jordi Cambra apuntó que “esto supone un retroceso en los avances que se habían logrado a base de años en el campo de la prevención”.

Entre los tratamientos que más están sintiendo los efectos de la crisis destacan los implantes. “El tratamiento con implantes es más costoso que otros tratamientos, como los

periodontales, por el elevado coste de los materiales necesarios”, afirmó el Dr. Cambra. Por lo tanto, “muchas personas prefieren buscar alternativas y el número de implantes colocados ha disminuido. En épocas de crisis los tratamientos más perjudicados siempre son los más costosos, así como los que resuelven una necesidad secundaria, como los tratamientos estéticos”.

### Descenso de pacientes

Otra consecuencia inmediata de este fenómeno ha sido el descenso de pacientes que han sufrido las clínicas dentales. En este contexto, “a los profesionales de este sector lo único que nos queda es mejorar. Si ofrecemos a nuestros pacientes un buen diagnóstico y tratamiento, con una buena tecnología, en unas instalaciones agradables y todo el equipo humano trabaja para hacer que la experiencia del paciente sea lo más agradable posible, tendremos la tranquilidad de que hacemos lo que está en nuestras manos”.

El encuentro de profesionales con motivo de este congreso también ha permitido discutir los aspectos de una buena gestión empresarial, aspecto esencial para el correcto y exitoso funcionamiento de cualquier empresa.

### Nueva Junta Directiva

Además, y coincidiendo con la clausura del Congreso de SEPA, se ha procedido a la renovación de la Junta Directiva de esta sociedad científica, que cuenta con casi 3.500 socios.



El Dr. David Herrera será el encargado de presidir SEPA durante los próximos 3 años, acompañándose de un equipo joven aunque con amplia y contrastada experiencia profesional y estrechamente vinculados a esta sociedad científica. El Dr. Adrián Guerrero se hará cargo de la vicepresidencia, siendo el Dr. Antonio Bujaldón el nuevo Secretario. Como vocales se contará con los doctores Antonio Liñares, Regina Izquierdo, Mónica Vicario y Paula Matesanz •

[EN OVIEDO, DEL 11 AL 13 DE OCTUBRE]

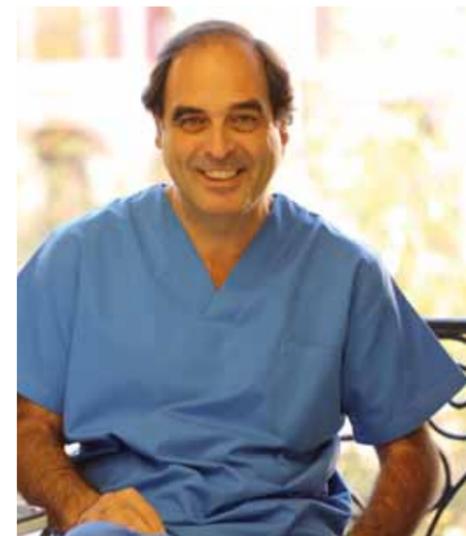
## Importante Programa Científico de la 43 Reunión de SEPES

La 43 Reunión Anual de SEPES, que se celebrará del 11 al 13 de octubre en Oviedo ya está confeccionando su programa, que será de altísimo nivel científico y aportará luz a las últimas técnicas, tratamientos, procedimientos y materiales de la odontología mínimamente invasiva. Se espera una afluencia importante de asistentes a todas las ponencias, pero quizás sea la del Dr. Pascal Magne el sábado día 12 de octubre en horario de 9:00 a 16:30h la que, hasta la fecha, está despertando más expectación.

La Junta Directiva de SEPES ha querido premiar al socio y ha contemplado para ellos un importante descuento de 100 €, que aplicará adicionalmente a las tarifas oficiales de inscripción a la 43

Reunión Anual de SEPES. Con este gesto la junta directiva quiere agradecer a sus socios el esfuerzo y la confianza que siempre demuestran al inscribirse a sus congresos y demás actividades a lo largo del año.

En estos momentos el número de inscritos se eleva a 100, una cifra muy interesante ya que aún quedan varios meses para su celebración. Este encuentro será una excelente oportunidad para todos los profesionales del sector que asistan ya que esta reunión les permitirá conocer todos los avances que se están desarrollando a nivel mundial en el campo de la odontología mínimamente invasiva •



JUAN IGNACIO RODRÍGUEZ, PRESIDENTE DE SEPES

[XIII CONGRESO SELO]

# “La evolución de la luz. Desde Atapuerca hasta nuestros días”



Durante los días 26 y 27 de abril se celebró en Burgos el congreso XIII de la SELO, organizado y presidido por el Dr. Alfredo Aragüés. El éxito de participación lo demuestran las casi 180 inscripciones, que suponen una excelente respuesta a una organización brillante por los temas y los ponentes elegidos. Los congresistas tuvieron la oportunidad de ponerse al día tanto en el campo del láser como en otros temas, como implantología, periodoncia y endodoncia.

La sesión del día 26 sobre Fotobio-modulación y Terapia Foto dinámica fue de un gran nivel científico, con ponentes de talla internacional como el Dr. Mario Trelles, el Dr. Santi Nonell y la Dra. Yolanda Gilaberte.

El Dr. Alfredo Machin, que hizo una interesante puesta al día de la implantología inmediata, y el Dr. Umberto Romeo, actual presidente de la Sociedad Italiana de láser (SILO), habló sobre el tratamiento de lesiones vasculares con diferentes tipos de láser.

La segunda jornada contó con la presencia de los Dres Jon Eguizabal y Bret Dyer, que hablaron sobre cirugía mucogingival y aplicaciones del láser en periodoncia. Además, el Dr.

Miguel Martins y la Dra. Amelia de la Ballina hablaron sobre láser en endodoncia y odontología conservadora.

Simultáneamente a las ponencias del Congreso, el encuentro acogió a la VII reunión SELO de Higienistas, con un interesante programa a cargo de los Dres Antonio España y Pilar Martín.

Además, José María Cid y José Luis

Otero hablaron sobre mantenimiento de los equipos de láser, así como esterilización y desinfección.

El Congreso SELO ha logrado gran éxito de participación gracias al apoyo de los Presidentes de los Colegios Profesionales de la región de Castilla León y la participación de importantes casas comerciales •



11-13 OCTUBRE 2013

## REHABILITACIÓN ORAL MÍNIMAMENTE INVASIVA

Palacio de Congresos-Auditorio “Príncipe Felipe”



Os animo a acompañarnos a Oviedo y podréis disfrutar de la mano de los mejores, de las últimas técnicas de Rehabilitación Oral Mínimamente Invasiva.

Dr. José María Suárez Feito  
Presidente del Congreso

¡No faltéis!

### Viernes, 11 de octubre



**DRA. FRANCESCA VAILATI**

Rehabilitación oral mínimamente invasiva de los pacientes con erosión. Técnica de los tres pasos. Resultados a los 5 años.



**DR. RICARDO MITRANI**

Interrelación entre ortodoncia, implantes y prótesis en rehabilitación oral para preservar al máximo la estructura dentaria remanente.



**DR. ION ZABALEGUI**

Cirugía mínimamente invasiva en implantes y crestas edéntulas.



**DR. JAIME ALCARAZ**

Cirugía mínimamente invasiva de tejidos blandos en las alteraciones del margen gingival en zonas estéticas.



**DR. XAVI VELA**

Preparaciones sin margen en implantes y dientes



**DR. IAN BUCKLE**

Principios oclusales básicos en rehabilitación oclusal mínimamente invasiva.



**SR. DANIEL BLANCO**

Curso de Fotografía Digital

Tarifa reducida antes del 30 de junio

### Sábado, 12 de octubre



**DR. PASCAL MAGNE**

Rehabilitación mínimamente invasiva de los sectores posteriores basada en la evidencia. Cerámica vs. composite indirecto.



**SR. AUGUST BRUGUERA**

Overlays posteriores de disilicato de litio sin preparación dentaria.



**SR. JUSTO RUBIO**

Restauraciones CAD-CAM.



**DR. RAFAEL PLÁ**

Factores protésicos que contribuyen a la supervivencia de los implantes dentales.



**DRES. BERBIS Y BUSTILLO**

Técnicas quirúrgicas y protésicas que hacen predecibles los casos complejos.



**DRA. CLAUDIA MAZZITELLI**

Desinfección y Esterilización: guía práctica según las recientes normativas.



**DRA. IRENA SAILER**

Impresiones digitales.



**DR. CARLOS FDEZ. VILLARES**

Opciones digitales en la terapia restauradora implantológica.



**DR. ARITZA BRIZUELA**

La oclusión “descomplicada”: principios de la rehabilitación oclusal sobre implantes.



**DR. BERNARD DAHAN**

Tratamientos mínimamente invasivos. Enfoque interdisciplinar en Odontología estética.



**DRES. ARIAS Y BADANELLI**

Sesiones quirúrgicas y restauradoras; restableciendo la forma y la función natural.



**DRES. M. ROMEO Y J. VALLEJO**

Toma de impresiones en prótesis fija: materiales y técnicas. Errores más comunes y cómo evitarlos.

### Domingo, 13 de octubre



**DR. ARIEL RAIGRODSKI**

Tecnología CAD-CAM y utilización del zirconio en prostodoncia.



**DRES. FON, JANÉ, APARICIO, CUETO Y OTEO**  
Conferencias sobre rehabilitación oral mínimamente invasiva y posterior mesa redonda.

[www.sepesoviedo2013.sepes.org](http://www.sepesoviedo2013.sepes.org)

## A.M.A. logra un beneficio neto de 19,31 millones de euros en 2012, un 54% más



A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora Cuenta de resultados. Ejercicio 2012 Cifras en millones de euros			
	2012	2011	Variación
<b>Primas devengadas en seguro directo</b>	<b>178,78</b>	<b>187,54</b>	<b>-4,7%</b>
Primas imputadas	161,20	157,34	2,5%
Ingresos inmovilizado material	12,96	15,60	-16,9%
<b>Siniestralidad neta reaseguro</b>	<b>107,98</b>	<b>117,66</b>	<b>-8,2%</b>
<b>Gastos explotación netos</b>	<b>21,37</b>	<b>22,54</b>	<b>-5,2%</b>
Otros gastos técnicos	6,55	6,75	-3,0%
Gastos inmovilizado material e inversión	9,32	6,88	35,5%
<b>Resultado cuenta técnica del seguro No Vida</b>	<b>28,94</b>	<b>19,12</b>	<b>51,4%</b>
<b>Resultado antes de impuestos</b>	<b>25,68</b>	<b>16,14</b>	<b>59,1%</b>
<b>Resultado después de impuestos</b>	<b>19,31</b>	<b>12,54</b>	<b>54,0%</b>

A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora Primas devengadas. Ejercicio 2012 Cifras en millones de euros			
	2012	2011	Variación
<b>Automóvil</b>	<b>123,34</b>	<b>133,77</b>	<b>-7,8%</b>
<b>Diversos</b>	<b>22,52</b>	<b>21,21</b>	<b>6,2%</b>
Multirisgo Hogar	13,45	12,30	9,3%
Multirisgo Farmacias	2,93	2,87	2,2%
Otros Multirisgos	3,52	3,46	1,7%
Accidentes	1,77	1,77	0,2%
Resto Diversos	0,85	0,81	5,0%
<b>Responsabilidad Civil</b>	<b>32,92</b>	<b>32,56</b>	<b>1,1%</b>
Responsabilidad Civil General	1,12	1,26	-11,6%
Responsabilidad Civil Profesional	31,80	31,30	1,6%
<b>Total</b>	<b>178,78</b>	<b>187,54</b>	<b>-4,7</b>

A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora. Pólizas en cartera			
	2012	2011	Variación
<b>Auto</b>	<b>307.259</b>	<b>321.259</b>	<b>-4,4%</b>
<b>Diversos</b>	<b>151.893</b>	<b>146.809</b>	<b>3,5%</b>
<b>Responsabilidad Civil</b>	<b>70.806</b>	<b>67.585</b>	<b>4,8%</b>
RC General	11.400	11.451	-0,4%
RC Profesional	59.406	56.134	5,8%
<b>Total Pólizas</b>	<b>529.958</b>	<b>535.653</b>	<b>-1,1%</b>

A.M.A., Agrupación Mutual Aseguradora, única compañía especializada en seguros de No Vida para profesionales de la Sanidad, obtuvo en 2012 un beneficio después de impuestos de 19,31 millones de euros, un 54% más que los 12,54 millones de euros logrados el año anterior.

Diego Murillo, presidente de A.M.A., presentó los resultados del ejercicio ante la Asamblea General de la Mutua, que las aprobó con el 99,58% de los votos. Las primas devengadas por la Mutua al 31 de diciembre de 2012 ascendieron a 178,78 millones de euros, con un descenso del 4,7%, debido, sobre todo, a los descuentos sobre primas medias, aplicadas a asegurados y a nuevas promociones.

Asimismo, la compañía redujo la siniestralidad neta de reaseguro un 8,2% el año pasado, hasta dejarla en 107,98 millones de euros, y disminuyó un 5,2% los gastos de explotación netos, que representaron 21,37 millones de euros. De ese modo, la cuenta técnica del seguro de A.M.A. alcanzó en 2012 un resultado positivo de 28,94 millones de euros, superior en un 51,4% a los 19,12 millones de euros de 2011.

El presidente de A.M.A. explicó ante la Asamblea que la "rigurosa política de vigilancia de gastos y el control de la siniestralidad" fueron elementos claves del "importante crecimiento de los beneficios". Asignó, también, especial relevancia al 5,2% de incremento en la cifra de colegios profesionales con los que A.M.A. colabora, y que ya suman 283, así como al alza del 6,3% en



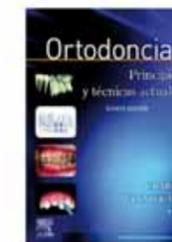
Craniofacial Anomalies: Surgical - Orthodontic Management  
Autor: Meazzini



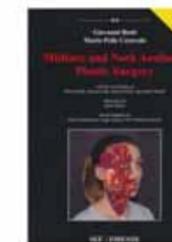
Reconstrucción estética de tejidos  
Autor: J.C. Joly / P. Mesquita



Láser en odontología  
Autor: M. Maggioni



Ortodoncia. Principios y técnicas actuales 5ª Ed  
Autor: Graber



Midface and neck aesthetic plastic surgery  
Autor: G. Botti



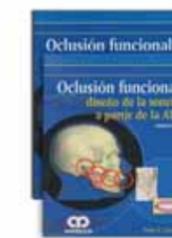
Odontogeriatría y gerodontología  
Autor: Rosa Hernández



Tips: Claves en odontología estética  
Autor: R. Hirata



Fascinación por la cerámica  
Autor: Oliver Brix



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



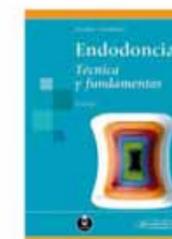
Guía para no perderse en el dentista  
Autor: T. Solarana



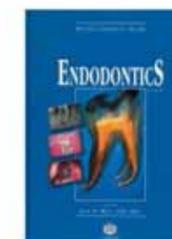
**OFERTA:** Periodontología clínica+Anatomía Implantológica  
Autor: Linde/Donado



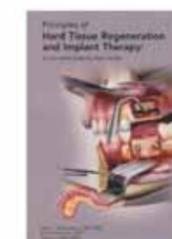
Past<<Future Envision 77 Hearts Beats  
Autor: Naoki Hayashi



Endodoncia. Técnica y fundamentos  
Autor: Soares/Goldberg



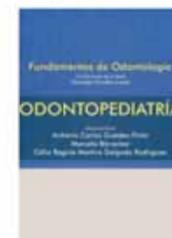
Endodontics (Vol. I, II & III)  
Autor: A. Castellucci



Principles of hard tissue regeneration and implant therapy  
Autor: Silverstein



Aesthetic restorative dentistry. Principles and practice  
Autor: D. Tarrow



Fundamentos de odontología: Odontopediatría  
Autor: Guedes



**OFERTA:** Implantología Cont.+Anatomía Implantológica  
Autor: Misch/Donado



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



Invisible. Restauraciones estéticas cerámicas  
Autor: Kina / Bruguera





asegurados de Responsabilidad Civil Profesional, ramo en el que la Mutua es la empresa de referencia desde hace 18 años y cuenta ya con más de 300.000 asegurados.

Diego Murillo explicó que esa buena evolución ha permitido a la aseguradora apoyar a Colegios e instituciones sanitarias con cerca de diez

millones de euros, concedidos a través de la Mutua y su Fundación. “Es una ayuda que el colectivo sanitario se merece por el gran esfuerzo que está realizando en momentos tan difíciles como los que atraviesa la Sanidad Española, y ese apoyo a las instituciones sanitarias es lo que nos diferencia de cualquier otra compañía aseguradora”, expuso •

[EN LYON]

## I Congreso Europeo de Historia de la Odontología



JAVIER SANZ, PRESIDENTE DE SEHO, PIERRE BARON, SU HOMÓNIMO EN SFHAD, Y PAOLO ZAMPETTI, EN SISOS

El pasado mes de marzo se celebró la primera edición del Congreso Europeo de Historia de la Odontología, en la ciudad francesa de Lyon. A esta importante cita acudieron miembros de las sociedades españolas (SEHO) e italiana (SISOS).

La delegación española estuvo formada por los miembros de SEHO, Javier Sanz Serrulla, presidente, María José So-

lera, vicepresidenta, Manuela Escorial, secretaria, María Jesús Pardo, tesorera, y Rafael Sanz Ferreiro. El equipo español presentó diversos temas en los que han estado trabajando recientemente, y la acogida del público asistente fue excelente.

Dentro del programa del Congreso se realizó una visita al Musée Dentaire de Lyon, situado en su Facultad de Odontología.

El encuentro finalizó con la intervención de los presidentes de las tres sociedades, Pierre Baron (SFHAD), Javier Sanz (SEHO) y Paolo Zampetti, (SISOS), que anunciaron que la ciudad de Madrid será la sede del II Congreso Europeo que tendrá lugar, previsiblemente, en la primavera de 2016. Además, se elaboró un documento de consenso sobre el papel que debe jugar la Historia de la Odontología en el futuro •



CONGRESO INTERNACIONAL Y XIX NACIONAL DE LA SESPO  
(Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral)  
SEVILLA 21, 22 Y 23 DE NOVIEMBRE DE 2013



Eugenio Beltrán-Aguilar  
Presidente del Board de la American Association of Dental Public Health



Roberto Beltrán  
Universidad Cayetano Heredia, Perú.



Eliezer Eidelman  
Universidad de Jerusalén, Israel.



Carlos Muñoz  
Universidad de Buffalo, EEUU.



Rolando Peniche  
Universidad Mayab Anahuac, México.



Irene Ventura  
Instituto Superior de Ciencias de la Salud Egas Monis, Lisboa, Portugal.



Peter Carlsson  
Universidad de Malmö, Suecia.



Raúl Chávez  
San Luis de Potosí, México.



Myron Allukian  
Universidad de Harvard, EEUU.



Brian Swann  
Universidad de Harvard, EEUU.



Teresa Varela de Villalba.  
Universidad Católica de Córdoba, Argentina.



Eduardo Williams  
Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

INFORMACIÓN E INSCRIPCIÓN:  
acastano@us.es ; aparraga@us.es  
TLF. 626 894 696

[ORGANIZADO POR REDACCIÓN MÉDICA]

## 2ª Edición del Encuentro Global de Altos Cargos de la Administración Sanitaria



UN INSTANTE DE LA CELEBRACIÓN DEL II ENCUENTRO DE ALTOS CARGOS DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA, CELEBRADO EN EL PARADOR DE SIGÜENZA.



Sanitaria 2000, empresa editora de Redacción Médica, celebró los días 24 y 25 de mayo la 2ª Edición del Encuentro Global de Altos Cargos de la Administración Sanitaria, que reunió en el Parador Nacional de Sigüenza (Guadalajara) a responsables del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y de consejerías de Sanidad y servicios autonómicos de salud de todo el Sistema Nacional de Salud. El evento estuvo constituido por mesas de trabajo y varias novedades: una conferencia, una tertulia y un debate entre los consejeros de Sanidad.

“No hay que homogeneizar a la soviética la sanidad”. Esta ha sido una de las conclusiones que ha expuesto el consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha, José Ignacio Echániz, durante la inauguración del Encuentro.

Echániz señaló que “hemos comprobado que los modelos burocráticos han generado malos resultados en la gestión sanitaria”. “Considero que la homogeneidad es necesaria pero también la versatilidad y la diversidad”. “Hay que innovar porque eso nos enriquece”. El consejero reconoció que “nuestro sistema tiene problemas endémicos, pero es un buen modelo”.

El evento contó con la asistencia de los consejeros de Sanidad de La Rioja y de Canarias, José Ignacio Nieto y Brígida Mendoza, respectivamente, que resaltaron la formación del paciente en su cuidado y en el uso racional de los servicios como medida de primer orden para disminuir el gasto sanitario, y, para tal fin, el primero destacó la tecnología de la información y la comunicación (TIC) como herramienta prometedora, en tanto que la segunda centró su esperanza de recuperación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en los profesionales, y

**IZQUIERDA: EL CONSEJERO DE SANIDAD Y ASUNTOS SOCIALES DE CASTILLA-LA MANCHA, JOSÉ IGNACIO ECHÁNIZ, Y EL PRESIDENTE DE SANITARIA 2000, JOSÉ MARÍA PINO, DURANTE LA INAUGURACIÓN DEL II ENCUENTRO GLOBAL DE ALTOS CARGOS DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA**

**DERECHA: JAIME DEL BARRIO, EXCONSEJERO DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE CANTABRIA, SEGUIDO POR LOS CONSEJEROS DE SANIDAD DE CANARIAS Y LA RIOJA, BRÍGIDA MENDOZA Y JOSÉ IGNACIO NIETO, RESPECTIVAMENTE**

en la capacidad para sensibilizar al ciudadano.

Hay, además, que reseñar que los secretarios generales técnicos de las Consejerías de Sanidad se decantan, en su mayor parte, por unificar prestaciones (en concreto, las de sanidad y dependencia) y reducir al mismo tiempo las competencias de los organismos centrales desplazándolas a los periféricos. Por medio de un sistema digital de votaciones accesible a los 70 altos cargos de toda España que asistieron al encuentro, se dio a conocer que el 64% de ellos se muestra favorable a que se unifiquen las

competencias de sanidad y servicios sociales en una sola dirección.

En una de las mesas de trabajo, altos cargos de primer rango de los servicios regionales y consejerías de salud autonómicos expresaron su respaldo a la Plataforma de Central de Compras en la que trabajan el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingresa) y el propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, al tiempo que comprenden la cautela de los potenciales proveedores de productos.

Entre los ponentes, el propio director general del Ingresa, José Julián Díaz Melguizo, defendió la plataforma como una idea pendiente desde que, en la Conferencia de Presidentes Autonómicos, se puso sobre la mesa la preocupación por erigir un sistema de compras para el SNS.

Durante la conferencia ‘Derechos de los pacientes en asistencia sanitaria transfronteriza’, Eduardo Laguna, director general de Asistencia Sanitaria de Extremadura, y Pepa Burriel, profesora de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad de Barcelona, destacaron que, a pesar de que la directiva europea 2011/24 que regula la asistencia sa-

nitaria transfronteriza “homogeneiza los derechos de los pacientes y asienta su libertad de elección y movilidad, no garantiza una facturación correcta y genera desigualdades”.

Por otro lado, los resultados de la encuesta realizada durante esta conferencia ofrecen un dato revelador: el 94% de los asistentes considera que las comunidades autónomas no están en condiciones de aplicar la directiva europea. Asimismo, un 65% considera que aunque la directiva trata de excluir el turismo sanitario, podría dar lugar al fenómeno conocido como ‘Erasmus de la sanidad’. En cuanto a la posibilidad de que esta norma ponga el riesgo la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), un 57% considera que no lo hace •

**ARRIBA: JUAN FRANCISCO PÉREZ OJEDA (SECRETARIO GENERAL TÉCNICO DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE CANARIAS), BEGOÑA GÓMEZ DEL RÍO (SECRETARIA GENERAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE CANTABRIA), JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ (EXCONSEJERO DE SANIDAD DE GALICIA), JOSÉ MARÍA CORCUERA (SECRETARIO GENERAL TÉCNICO DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA RIOJA), CRISTINA TORRE-MARÍN (SECRETARIA GENERAL TÉCNICA DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE MADRID), Y PATRICIA NAVARRO (SECRETARIA GENERAL DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA).**

SANITARIA 20

[HIDES 2013]

## HIDES celebrará su XXV Congreso Nacional en Octubre



La Federación Española de Higienistas Dentales (HIDES) celebrará la XXV Edición del su Congreso Nacional durante los días 18, 19 y 20 del próximo mes de octubre.

Este encuentro tendrá lugar este año en Aranjuez, que acogerá a todos los profesionales del sector de la higiene dental.

En el programa del Congreso está previsto celebrar el Día Nacional de Higienistas Dentales, el 20 de octubre. Con motivo del Congreso, la organización quiere recordar a todos los asistentes la celebración de los 100 años de la profesión del Higienista Dental, que tendrá lugar en la ciudad de Boston (USA).

El Congreso contará con un completo programa científico, y la presencia de prestigiosos ponentes que expondrán en sus presentaciones todos los aspectos más relevantes de la higiene dental y sus tratamientos •

[SEGÚN LOS DATOS DE LA MEMORIA ANUAL DE FENIN]

## El mercado interior cae pero se equilibra gracias al incremento de las exportaciones de tecnología



MARGARITA ALFONSEL,  
SECRETARIA GENERAL DE FENIN

Fenin (Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria) ha publicado su memoria anual en la que aparecen unos datos que muestran que el sector de la tecnología sanitaria incrementó sus exportaciones en 2012 un 4,8% con respecto al año anterior, situándose en torno a 1.883 millones de euros.

Estos datos, sin embargo, contrastan con la contracción que ha sufrido el mercado interior en el pasado ejercicio, que en 2012 alcanzó una facturación de 7.200, un 6% menos que en el ejercicio 2011. Según los datos que se publican en esta memoria, el sector que ha experimentado una mayor caída es el de la electro-medicina, que ha visto reducida su facturación en un 45%, debido a la "restricción de nuevas dotaciones o de reposición en hospitales". El sector de efectos y accesorios ha caído un 12% y el de implantes de trauma, un 9%.

La secretaria general de Fenin, Margarita Alfonsel, ha resaltado que

*"el sector está superando las expectativas en cuanto a presencia exterior, en relación a las exportaciones de productos y servicios tecnológicos, un área que está creciendo tres veces más deprisa que el mercado interior". Estas cifras y "la progresiva reconversión de los datos de la balanza comercial constituyen un estímulo para reforzar la apuesta de Fenin por la internacionalización como argumento de crecimiento y desarrollo empresarial, y seguir apostando por los mercados que presentan mejores oportunidades de negocio".*

La crisis ha provocado una concentración y desaparición de empresas que, además, han visto reducido su mercado y se han encontrado con serias dificultades a causa del criterio de precio por encima de otros aspectos, como la calidad o eficacia. Esta situación ha limitado drásticamente el campo de actuación de un sector altamente dinámico e innovador •



### CENTRO DE CIRUGÍA AVANZADA VIRGEN DE LA PALOMA

C/General Rodrigo, nº 13, 1ª Planta. 28003 Madrid. Teléfono: 91.535.39.43

## DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA, MEDICINA ORAL Y CIRUGÍA BUCAL Y MAXILOFACIAL



ODONTOLOGÍA  
PRÓTESIS  
MEDICINA ORAL  
CIRUGÍA BUCAL  
ORTODONCIA  
PERIODONCIA  
IMPLANTOLOGÍA

CIRUGÍA MAXILOFACIAL

UNIDAD DE SEDACIÓN PARA PACIENTES ESPECIALES  
(Abierto a otros profesionales)

## Máster en Cirugía Bucal e Implantología. (TEORÍA Y PRÁCTICA).



HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA



Plazo de inscripción

Del 1 de JUNIO al 15 de JULIO.

Información

CAROLINA FERNÁNDEZ CAMACHO  
Tel.: 690 129 109

## Brigadas Odontológicas y Médicas “Salud en Movimiento” (UNIVERSIDAD ANAHUAC MAYAB)

En México, como en otros países de América Latina y el mundo, un porcentaje alto de personas padecen caries y algún tipo de enfermedad periodontal, además desconocen estar enfermos, ya que no siempre perciben dolor (1). Este tipo de enfermedad es silenciosa y progresiva, y solo da molestias en casos avanzados. No basta con cepillar los dientes para tener salud bucal, ya que las bacterias pueden crecer en zonas donde no llega el cepillo, pueden proliferar a través de la boca y avanzar hacia otras regiones del cuerpo, y la alimentación juega un papel muy importante, tanto en la salud del individuo como en su deterioro. Cabe mencionar que México no es la excepción en cuanto a problemas de alimentación reflejados en situaciones de desnutrición y obesidad (2) · CORRESPONSALÍA EN MÉXICO

Por tanto, la salud humana constituye una unidad indisoluble, en la cual los profesionales de la salud, deben integrar los conocimientos bio-psico-sociales y ecológicos para preservar y mantener un equilibrio.

De acuerdo con lo mencionado, se ha considerado necesario realizar un trabajo de campo clínico odontológico y médico, en las diferentes poblaciones de la Península de Yucatán (en esta ocasión dirigido a la población de Cozumel y Mahahual en el Estado de Quintana Roo); con la finalidad de detectar la problemática particular que pueda surgir en este entorno, y contribuir a plantear estrategias de prevención y cambio en el binomio naturaleza – salud.

Este proyecto es realizado por los alumnos de la Facultad de Odontología y Medicina, constituyendo, el apostolado “Salud en movimiento” de la Universidad Anáhuac Mayab. Éste se lleva a cabo una vez por semestre, siendo acompañados y supervisados por un docente de la Facultad de Odontología de la Universidad Anáhuac Mayab. Se realizan diferentes procedimientos dentales como: profilaxis, detartraje, aplicación de flúor, técnicas de cepillado, exodoncia y eliminación de caries, anterior a cualquiera de estos procedimientos una historia clínica sistémica, en donde se detectan pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, como hipertensión y diabetes tipo 2 apoyados por los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Anáhuac Mayab.

Se cuenta con tres motores para trabajos de operatoria dental, el instrumental adecuado y algunas empresas patrocinan el material para llevar a cabo los tratamientos.

Para asegurar la afluencia de pacientes, con cierta anticipación, se le informa a la población de los diferentes municipios aledaños sobre el proyecto de las Brigadas de “Salud en Movimiento”. El evento se difunde por radio, televisión, prensa y carteles publicitarios; para así



1. GRUPO DE ODONTÓLOGOS Y MÉDICOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA Y MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD ANÁHUAC MAYAB

2. ALUMNOS DE ODONTOLOGÍA Y MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD ANÁHUAC MAYAB, EN EL MUNICIPIO DE MAHAHUAL, Q. ROO



cumplir con el propósito de cubrir las necesidades básicas en salud bucal en una parte de la población del municipio.

**Nuestros objetivos**

1. Brindar servicio comunitario a la población del municipio, apoyar y concienciarla de sus problemas bucales y sistémicos, informando de las causas y consecuencias de estas patologías.

2. Evaluar la salud bucal, identificando la presencia de placa dentobacteriana, índice de caries y enfermedad periodontal.

3. Dar servicio a la comunidad, de acuerdo a las necesidades que se presentan.

En la primera brigada, como resultado del trabajo realizado, se logró la atención de 150 pacientes adultos y 28 niños, a los cuales se les realizaron procedimientos de detartraje, y eliminación de caries. Algunos pacientes no fueron atendidos ya que presentaban problemas de hipertensión arterial y diabetes no controlada.

En la segunda brigada fueron atendidos 295 pacientes, a los cuales se les realizó detartraje, eliminación de caries y exodoncia. También se dio seguimiento a los pacientes atendidos en la primera visita para dar continuidad, ya que fue en el mismo municipio.

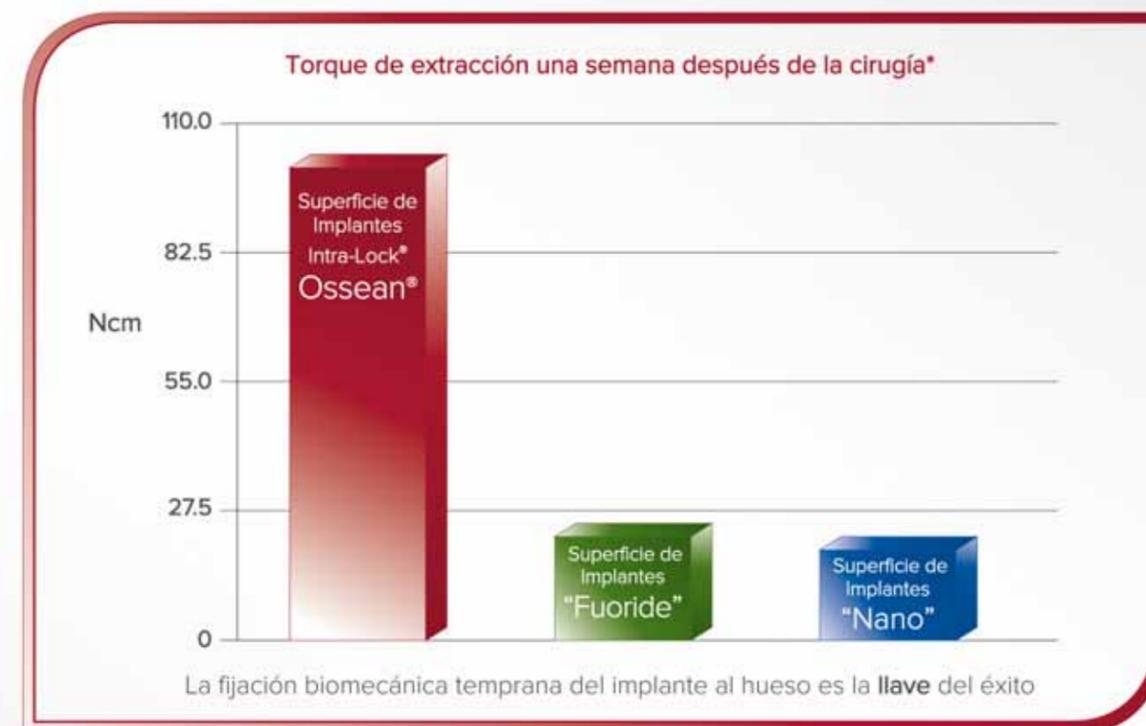
En la tercera brigada se atendieron 355 pacientes, encontrando a la población de Mahahual del Estado de Quintana Roo, con mayores problemas de enfermedad

periodontal y piezas para extracción, ya que esta población no cuenta con centros de servicio dental.

En los resultados se observó que hay una íntima interrelación entre el tipo de dieta y las enfermedades bucales, independiente de la falta de instrucción dental y la carencia de centros de apoyo en el área de salud bucal. La alimentación con dieta blanda puede favorecer formación de placa dentobacteriana mientras que una dieta con alto contenido de sacarosa favorece no sólo la acumulación de placa dentobacteriana, sino también enfermedad periodontal y caries. La composición de la dieta puede influir sobre la distribución relativa de los diferentes tipos de microorganismos, su actividad metabólica y su potencia patógena, todo lo que colabora con la aparición de la enfermedad periodontal (3).



# Éxito a la vista



¿Conoce una razón mejor para elegir un sistema de implantes?

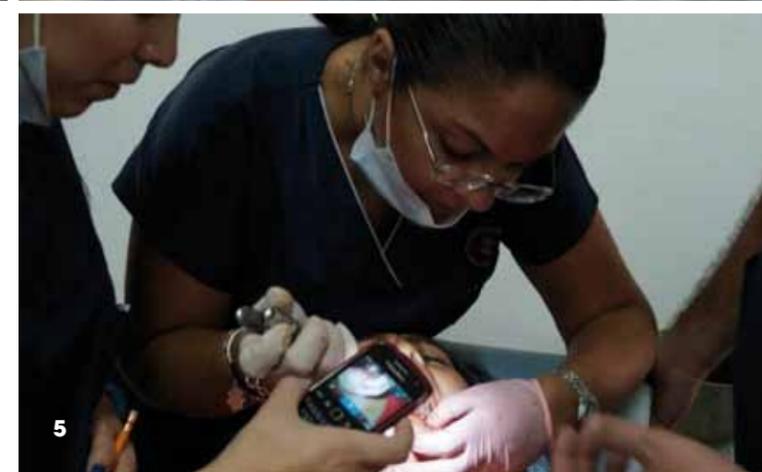
\*P. G. Coelho, R. Granato, C. Marin, et al: Biomechanical Evaluation of Endosseous Implants at Early Implantation Times: A Study in Dogs. J Oral Maxillofac Surg 68:1667-1675, 2010.

Más información en:



www.intra-lockiberia.com | 900 10 16 34  
info@intra-lockiberia.com





**Conclusión**

La caries dental es un proceso patológico complejo de origen infeccioso y transmisible, que afecta a las estructuras dentarias, representando uno de los problemas más frecuentes en la salud bucal en México. Asimismo, la enfermedad periodontal, se presenta como un proceso de inflamación en los tejidos blandos y, en diferentes grados de gravedad. Esta enfermedad se relaciona con la acumulación de placa dentobacteriana y se considera la causa importante en la pérdida dentaria (4). Se requiere una mayor participación de las personas en su autocuidado, el reforzamiento de medidas preventivas y curativas, como las acciones asistenciales altruistas y desinteresadas. Esta es la contribución del programa Salud en Movimiento de la Universidad Anáhuac Mayab para la mejora la salud de las poblaciones como la del municipio de Mahahual, Quintana Roo • **Cecilia Blancas Barradas** (Pasante de Odontología de la Universidad Anahuac Mayab) y **Dra. Claudia Domínguez Mariño** (Coordinadora de Clínica 4, 5 y 6, Docente en Cariología y Operatoria dental, Docente en Fisiología en la Universidad Anáhuac Mayab).

3. ALUMNOS DE MEDICINA EN EL MUNICIPIO DE COZUMEL, QUINTANA ROO

4. TRABAJO CON MOTORES

5. REALIZANDO PROCEDIMIENTO DE EXODONCIA

**REFERENCIAS**

1. Organización Mundial de la Salud. *Nota informativa N° 318*, Febrero de 2007.
2. Calzada-León R, Loredo-Abdalá A. Academia Mexicana de Pediatría. *Conclusiones de la Reunión Nacional del Consenso sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en Niños y Adolescentes*. Boletín Médico. Hospital Infantil de México 2002; 59(8): 517-24.
3. Shaw, J. H., *The relations of nutrition to periodontal disease*, J. Dent. R. Res., Chicago, 41; 264, 1962.
4. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. *Encuesta Nacional Caries Dental 2001*. México, DF: Programa de Salud Bucal, 2001.

**NSK**

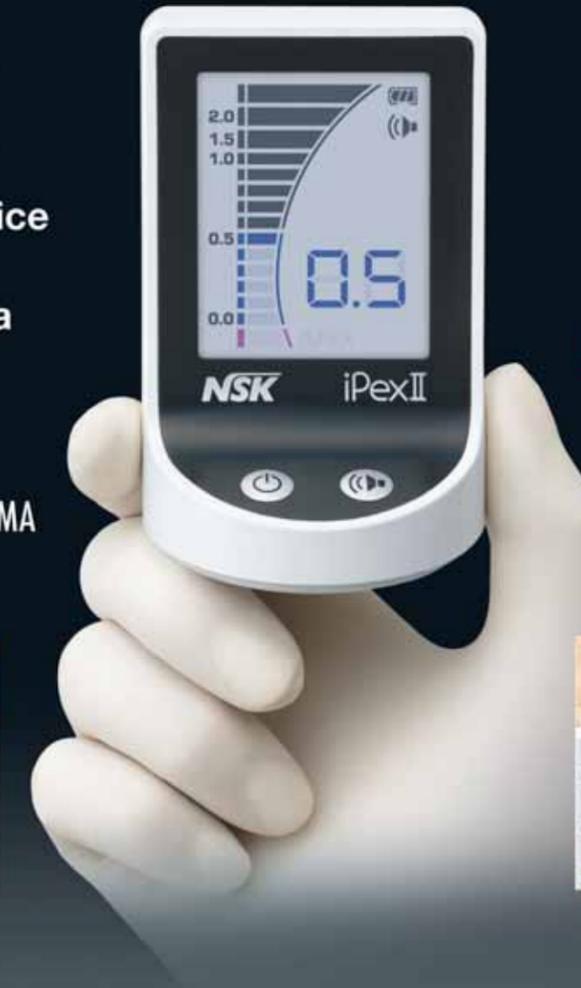
**NOVEDAD**



**iPexII**

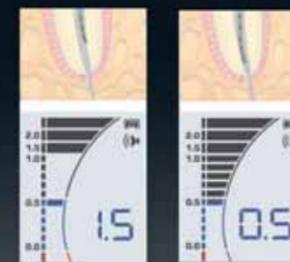
**Localizador de Ápice Avanzado para Endodoncia**

**CONTROL CONSTANTE DEL PROGRESO DE LA INSERCIÓN DE LA LIMA**

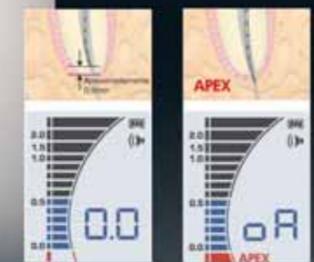


**825 €\***  
1.061 €

**OFERTA DE LANZAMIENTO**



Inicio de la medición      Zona del ápice radicular



Llegada al ápice      Superación del ápice

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



[www.nsk-spain.es](http://www.nsk-spain.es)

**NSK Dental Spain SA**

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



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

[CON MOTIVO DEL PASADO FORUM DENTAL DEL MEDITERRÁNEO]

# Reflexiones sobre el presente y el futuro de la Odontología Moderna

El pasado Forum Dental del Mediterráneo, celebrado los días 11-13 del mes de abril, fue un centro de encuentro de reputados profesionales, con una larga trayectoria en el sector. Esta reunión nos dio la oportunidad de contrastar opiniones con algunos de estos protagonistas sobre el presente y el futuro de la odontología y su valoración de eventos profesionales como el pasado FDM - REDACCIÓN

“Más de 600 asistentes profesionales”



**Luis Tejerina, Director General de Grupo Plénido**

*¿Es viable la clínica individual tal como se ha concebido hasta hoy, o tenderá a desaparecer y dar paso a policlínicas?*

Es viable hoy y lo seguirá siendo. Hay que tener en cuenta que en la actualidad la gran mayoría de clínicas dentales son clínicas individuales. Lo que sí está ocurriendo es que cada vez surgen nuevos modelos de clínicas que compiten con el de la clásica clínica individual.

La supervivencia de la clínica no dependerá de su tamaño sino de cómo es capaz de adaptarse a las necesidades de su clientela y cómo es capaz de diseñar y ejecutar una estrategia sólida y solvente.

Desde mi punto de vista, la clínica individual buena no sólo sobrevivirá sino que tiene mucho futuro.

Esta tendencia es compatible con el crecimiento de las clínicas de más de un

profesional, que a su vez pueden ser de especialidad, policlínicas, resultado de la asociación de varios dentistas, promovidas por un dentista empresario o empresarios no dentistas.

*¿La odontología general será la norma o la excepción?*

Desde mi punto de vista seguirá siendo la norma, la mayoría de las necesidades odontológicas de la población son de odontología general, según vaya incrementándose la cultura dental de la población demandará más servicios preventivos y conservadores.

*¿El futuro de la asistencia pasará a separar la propiedad y la gestión de la atención profesional?*

El futuro pasa por mejorar la gestión, lo que para mí ha de traducirse en ofrecer al paciente mejor calidad a menor precio, en términos generales del mercado. Ese es el reto al que verdaderamente se enfrentan las clínicas dentales. Esto no

quiere decir que sea aconsejable tirar los precios pero debemos tener claro que nos enfrentaremos a un mercado cada año más competitivo y a largo plazo esto beneficia al cliente que puede obtener más por menos.

Ello no tiene porque implicar separar gestión de propiedad aunque cuanto mayor sea el tamaño de la empresa gestionada más probable será que propiedad y gestión estén separadas.

**Doctor Juan Rumeu, médico estomatólogo y Presidente del Forum Dental del Mediterráneo**



*¿Es viable la clínica individual tal como se ha concebido hasta hoy, o tenderá a desaparecer y dar paso a policlínicas?*

La mayoría de clínicas dentales de hoy en día tienen casi todas las especialidades y se han transformado en policlínicas. Quedan muy pocas clínicas especializadas que se dediquen a una o a dos especialidades solamente y suelen ser de alta calidad y servicio.

*¿La odontología general será la norma o la excepción?*

La odontología general se practicará en la mayoría de las clínicas. Otra cosa es que el mismo dentista te lo haga todo y esto si que creo que ira desapareciendo, pues cada vez se precisa más experiencia y formación en los diferentes campos de la odontología. Probablemente en una misma clínica se ofreceran todos las especialidades o la mayoría, y cada especialista ofrecerá sus servicios dentro de esa misma clínica, que es lo que ya esta sucediendo ahora.

*¿El futuro de la asistencia pasará a separar la propiedad y la gestión de la atención profesional?*

Cada vez más puesto que la gestion de una clínica dental no es muy diferente que cualquier otro negocio, y la rentabilidad es lo que premia hoy en día.

*¿Cuál es su valoración del pasado FDM?*

Fue bastante bien en cuanto a la asistencia a los expositores, a pesar de estar en unos momentos de crisis, incluso yo diría en el peor momento de la crisis. El congreso, que es el European Dental

Forum que acompaña a la FDM que es la exposición comercial, tuvo una baja asistencia todo el día del viernes pero fue compensado por la gran asistencia al simposium de Perioimplantitis del sábado por la mañana. Todos los conferenciantes estuvieron a un alto nivel y aportaron las últimas novedades científicas.

**José Luis Navarro, Director del FDM y Presidente del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Cataluña**

*¿Cómo ve el futuro de la clínica y el profesional individual frente a las otras alternativas que está ofreciendo ya el mercado?*

El futuro de la odontología pasa por la agrupación de dentistas de diferentes especialidades, reunidos en el mismo sitio. El antiguo profesional que trabajaba en

mucho daño a la concepción más clásica de una reunión de especialistas.

*¿Cómo valora el pasado Forum Dental del Mediterráneo?*

Nosotros en junta de gobierno del Colegio planteamos que se debía profesionalizar a tope el FDM. Fira se interesó por el tema y gracias a ello se ha logrado la internacionalización del Congreso. Es el único evento profesional en España que mantiene una exposición comercial importante y también dedicado a la industria, ya que ésta es la responsable de que el sector crezca y evolucione. Trasversalmente hemos logrado resaltar tres temas que son los que se han tratado en las salas de conferencias: el CAD-CAM, la magnificación y la perioimplantitis, que es de una magnitud tremenda.

La unión de Congreso más exposi-

*talán, cómo ve la celebración de este tipo de encuentros profesionales?*

En el Colegio, nosotros ofrecemos una formación continua muy amplia, pero este tipo de eventos nos aporta el refuerzo de la industria, que cada dos años nos muestra todas las novedades y avances para la progresión del sector. Que acudan 150 expositores a esta cita es un gran éxito para todos, para los colegiados y los profesionales de la industria.

Nuestra pretensión es internacionalizar cada vez más un Congreso como éste. La industria es la que está moviendo el sector, aportando novedades y nueva tecnología, que, gracias a este tipo de muestra, llega a todos los profesionales nacionales e internacionales que han pasado por Barcelona para visitarlo.

El FDM y eventos similares favorecen el desarrollo de tecnología y aportan una mayor calidad y excelencia a la odontología.

Barcelona es un gran escenario para este tipo de evento, es una de las



su consulta y que derivaba pacientes a otros colegas, creo que tiene los días contados.

La consulta del futuro debe ofrecer todos los servicios necesarios para el trato a los pacientes. Se deben concentrar profesionales que juntos tienen posibilidad de adquirir alta tecnología, que es lo que va a marcar el futuro. Creo más en el desarrollo de esto, que en la evolución de las franquicias, que creo que tienen los días contados. Considero que el mutualismo de las grandes clínicas va a hacer

ción industrial es lo que ha marcado la diferencia con otros eventos similares. Hay que agradecer a la industria su presencia en este Forum, teniendo en cuenta las dificultades económicas actuales. Consideramos que estos Congresos son fundamentales para los profesionales, que deben acudir para aprender y estar al día de los avances que se están produciendo en tecnología.

*¿Para usted, como presidente de un Colegio tan importante como el ca-*

ciudades con más congresos sanitarios, y consideramos que a través de Fira el evento seguirá creciendo.

*¿No hay demasiados eventos profesionales que coinciden en el tiempo? ¿Sería mejor dosificar?*

Hay una dispersión total en cuanto a los actos profesionales en España, que cada vez cuentan con menos asistentes. Hay una dispersión de la industria y de los colegiados. Cuando había pocos actos, estos llenaban sus aforos. En este momento cada colegio

# ZIMMER FORMACIÓN



Zimmer Dental está comprometida con la formación de los profesionales dentales, desarrollando y dando soporte a programas educativos para la mejora de la calidad de vida de sus pacientes

## Zimmer Institute

Más de 2.000 clínicos formados  
4 Zimmer Institutes  
Colaboraciones con 75 Universidades a nivel Mundial

## Colaboraciones con Universidades

Universidad de León

Curso de Máster en cirugía bucal, implantología y periodoncia

Universidad Complutense de Madrid

Diploma en Implantología Clínica: técnicas quirúrgicas y procesos restauradores

Universidad de Sevilla

Título de Experto Universitario en Cirugía y Rehabilitación Implantológica

Universidad Católica de Valencia

Título de Experto Universitario en Implantología Oral Avanzada

Universidad de Almería

Título de Experto en Periodoncia e Implantes

## Organización de Cursos

Castillo de Gorriaz, Pamplona. Dr. Ángel Fernández Bustillo

Nuevos conceptos de la Reconstrucción en anchura. Aloinjerto Puros y plastilina ósea

## VISITING CENTERS

Programa Zimmer Informa  
NIVEL CLÍNICO



Dr. Daniel Capitán



Dra. Nieves Almendros

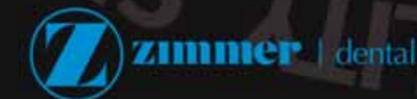
## Próximamente

5 y 6 Julio 2013

Zimmer Visiting Center. Clínica Dr. Daniel Capitán. Capellades (Barcelona)  
Monográfico de elevación de seno maxilar. Paso a paso en la técnica cerrada y técnica abierta

Solicite información:

93 846 05 43 (Sra. Jèssica Díaz)  
formacion.continuada.zdi@zimmer.com  
www.zimmerdental.es



tiene sus cursillos de fin de semana y otras actividades, y desgraciadamente, las sociedades científicas no se ponen de acuerdo tampoco para la organización de sus congresos, porque cada una tiene sus sponsors, y sus relaciones con la industria.

Definitivamente, creo que entre todos, deberíamos trabajar más en una única línea, que empuje y favorezca el crecimiento del sector.

### Doctor Francisco Güerri

#### ¿Cómo ve la clínica del futuro?

En la actualidad observamos un modelo clásico de consulta dónde uno o dos dentistas atienden todas las patologías, o en casos particulares, derivan para su tratamiento a compañeros expertos en determinada materia, trabajando en un hábitat de tamaño moderado y con un escaso número de auxiliares y/o higienistas. Este modelo ha visto crecer formas más novedosas de entender la odontología, donde el número de profesionales en cada consulta ha aumentado, con una especialización de tareas y una proyección más empresarial.

En un futuro próximo, convivirá el modelo mixto de asistencia pública y un modelo privado que debe evolucionar hacia una asistencia integral del paciente en la misma clínica.

El creciente número de profesionales y la falta de trabajo están empujando a los jóvenes a buscar una formación de postgrado que llene su tiempo, pero que, a su vez, permitirá a corto plazo una especialización en la atención al paciente. Del mismo modo, la dificultad en la obtención de créditos obligará a nuestros jóvenes a asociarse para crear nuevas clínicas.

Permanecerá, sin duda, la forma clásica de la consulta profesional y la especializada tenderá al crecimiento, sobre todo en medios urbanos.

En ambos modelos la búsqueda de la excelencia será patrimonio común.

#### ¿Cuál es su valoración del pasado FDM?

Este año ha destacado su convivencia con el European Dental Forum. Tener la oportunidad de escuchar a profesionales de la talla de Spena, Garganese, o admirar aspectos avanzados

de la profesión como los presentados por Breuning o la doctora Bardayan dan la verdadera dimensión a este encuentro que va más allá de unas simples jornadas.

Nos hubiese gustado una presencia comercial más amplia, pero sabemos cuáles son las circunstancias económicas actuales.

Las jornadas o congresos paralelos como los de la Asociación de Empresarios de Clínicas Dentales, AECAD, ha enriquecido la visión clásica de esta FDM, que cada vez se va abriendo más a nuevas formas de atender a la profesión.

Quizás el aspecto que más me atrae es la oportunidad de salir del aislamiento de nuestras consultas y tener un lugar común de encuentro con compañeros, un lugar donde exponer y aprender, donde ver y comparar. En ese sentido creo que

deberían fomentarse más un tipo de seminarios en círculos menores, donde dentistas pudiesen compartir experiencias y aprender unos de otros.

#### ¿Es viable la clínica individual tal como se ha concebido hasta hoy, o tenderá a desaparecer y dar paso a policlínicas?

La clínica clásica no desaparecerá. Este modelo ha dado y dará satisfacción tanto a profesionales como a pacientes que buscan una atención global, personal y adecuada a sus necesidades.

Sin embargo, hemos de ser conscientes que el modelo policlínica es la tendencia actual. Creo, y espero, que este modelo será desarrollado por los propios dentistas, dentistas con iniciativa, con voluntad de crecimiento y con la convicción de que es la forma de asegurar el propio futuro y no depender de veleidades comerciales de otros. Aunque el modelo que está irrumpiendo hoy en día, de policlínicas que están auspiciadas por agentes económicos externos a nuestra profesión, parece que vaya a ser el preponderante, este modelo en el que nuestros jóvenes trabajan por un precio ridículo, donde el concepto crematístico es el preponderante y no el servicio, donde la búsqueda de beneficio sea la diana de la empresa y no el paciente, veo que va a ser un modelo que crecerá, se mantendrá y



luego caerá, pues el cliente para ellos, que no paciente, acabará yendo a quien prioriza su salud a la cuenta de resultados. Sin duda, el esfuerzo de nuestras instituciones debe caminar en este sentido. Nuestra profesión está en caída libre a la vez que vemos otras que se mantienen en su lugar. Algo no estamos haciendo bien entre todos, y algunos en particular.

#### ¿La odontología general será la norma o la excepción?

Sin duda seguirán dando servicio más odontólogos generales que especialistas. La visión global del paciente es imprescindible, y enriquecedora. La atención de patologías comunes debe quedar para el generalista, quedando para el que tenga una formación teórica y práctica especializada aquellos tratamientos que requieran dicha capacidad. Un dentista general deberá poder seguir practicando endodoncias, obturaciones y pequeñas ortodoncias. Un especialista deberá dar satisfacción al paciente en aquello que el generalista honradamente no llegue. Siempre ha sido así y seguirá siendo. En las policlínicas deberán tener un nutrido grupo de generalistas que atiendan, diagnostiquen, traten y orienten al paciente.

#### ¿El futuro de la asistencia pasará a separar la propiedad y la gestión de la atención profesional?

Como he dicho antes, este modelo intenta irrumpir en nuestra realidad profesional, y no cabe duda que lo

paralelo a su actividad profesional. Es importante que los dentistas sigamos siendo los propietarios de nuestras consultas en la mayor medida posible, pues permitirá darles el valor intangible, la diferenciación que nunca serán capaces de proporcionar empresas externas a la profesión.

Por otro lado, el dentista debe ser consciente de que únicamente a través de la formación en el campo empresarial, así como en la organización y participación de estructuras que superen al individuo y den respuesta a aquellas necesidades tanto individuales y colectivas para las que no hemos sido formados en nuestras facultades, a través de todos estos mecanismos podrá sobrevivir a la vorágine que ya nos está engullendo. El dentista debe asociarse y buscar en el grupo la solución a los problemas que él, por sí sólo, no es capaz de obtener.

En cuanto las estructuras superen el umbral de control por el propio dentista, debemos recurrir a ayuda especializada en organización y gestión de nuestras consultas. Es im-

posible abarcar todo. También ésta puede ser una buena salida profesional. Jóvenes dentistas que deben formarse en la gestión y organización. España tiene escuelas de negocio de reconocido prestigio internacional que ya, en algunos casos, dan salida a esta formación.

Así, insisto que de forma propia o, en casos de estructuras medianas o grandes en que un gestor debe organizar la consulta, lo importante es que promovamos la creación de consultas por nuestros jóvenes, el traspaso de consultas que funcionan correctamente donde dentistas mayores puedan orientar y ayudar a los jóvenes y, sobre todo, la organización solidaria de los dentistas para defender los intereses propios y de toda la profesión •

está consiguiendo. Pienso que el futuro debe buscar un modelo en que el dentista, por sí solo o asociado a sus compañeros, dé solución a una realidad como es el carácter empresarial



**Oklok**  
DALE AL PLAY 

Bienvenido a las  
**nuevas formas  
de comunicación**

Tu video corporativo desde 300€\*



\*Contacta con nosotros y te daremos una solución a tu medida

Si necesitas un vídeo creativo para exponer y difundir tu negocio, o mejorar el posicionamiento de tu web, necesitas Oklok.

**Tu agencia de diseño y publicidad**

www.oklok.es marketing@oklok.es +34 91 366 55 24

¡Síguenos!





[LA PERSPECTIVA DE FUTURO DEL SECTOR A EXAMEN]

# ¿Sobran o faltan dentistas en España?

El futuro laboral, al que tendrán que enfrentarse, siempre ha sido un asunto de enorme preocupación para cualquier estudiante universitario. Este interés se ha visto incrementado en los últimos años dada la compleja situación socio-económica por la que atraviesa el país • **REDACCIÓN**



Los estudiantes de Odontología no son un caso aparte dentro del colectivo universitario. Es por ello que pensamos muy necesario que estas nuevas generaciones de odontólogos reciban enseñanzas de Gestión, adquiriendo conocimientos que les permitan subsistir y resguardarse en un marco laboral que se muestra, cuanto menos, complicado.

En esta situación, los docentes se encuentran ante la tesitura de obviar y rehuir la dura realidad, atentando contra aquellos principios más esenciales que poseen frente al alumnado, o proyectar la “espinosa” tesitura, que atraviesa el marco laboral de la Odontología, para permitir que los estudiantes se orienten y dispongan ante la realidad con la que se toparán al finalizar su formación.

En este contexto, y con la intención de responder a las cuestión de cuáles van a ser las expectativas y el perfil profesional de los futuros dentistas españoles, un grupo de la asignatura de Gestión y Ejercicio de la Profesión Odontológica, de 2º del Grado de Odontología de la UPV-EHU, dirigidos por su responsable, el profesor Javier López del Moral, han realizado el análisis del número de dentistas que existen a fecha del 1 de enero de 2012 en España, dentro de un proyecto de estudio de la demografía de la profesión.

Si bien es de todos sabido que una foto fija aporta datos fijos, fríos y poco precisos en cuanto, por ejemplo, a la dispersión geográfica o socio-económica de la población, la relevancia que poseen los siguientes datos, hace posible su presentación en el presente artículo.

Los datos que se presentarán a continuación son fruto de un análisis realizado cruzando las cifras aportadas por el INE, en cuanto a la población por provincias españolas, y el número de dentistas colegiados a fecha de enero de 2012.

Los resultados obtenidos se han comparado con las recomendaciones que establece la OMS, en cuanto a las necesidades de odontólogos para un país que reúna las características del nuestro.

Como dato más que significativo cabe destacar que, mientras la sugerencia de la OMS es de 1 odontólogo por cada 2.675-3.185 habitantes, la realidad en España es bastante paradójica, contando con una media de 1 odontólogo por cada 1.721 habitantes.

YAIZA BOTANA GOMEZ, ENIF VIVANCO TARIFA, NEREA MENDEZ VALLE, NAGORE ARROYO LAMAS, CLAUDIA BADAS ALDECOCEA, IVANA CAETANO WILDNER Y GALDER HERNANDO MARTIN

	POBLACIÓN POR DENTISTA SEGÚN INE (01/01/2012)	BALANCE PROFESIONALES SEGÚN MÍNIMO OMS
Álava	1.734	64
Albacete	2.282	25
Alicante	2.086	161
Almería	2.313	36
Asturias	1.586	275
Ávila	2.959	-6
Badajoz	2.789	-12
Barcelona	1.459	1.708
Burgos	2.467	11
Cáceres	2.612	3
Cádiz	2.064	138
Cantabria	1.982	77
Castellón	2.078	60
Ciudad Real	2.461	16
Córdoba	2.267	53
La Coruña	1.418	377
Cuenca	3.118	-11
Gerona	2.005	90
Granada	1.432	299
Guadalajara	3.479	-23
Guipúzcoa	1.373	250
Huelva	2.511	12
Huesca	2.824	-5
Islas Baleares	1.813	189
Jaén	2.092	68
León	1.827	85
Lérida	2.295	25
Lugo	1.955	48
Madrid	1.030	3.805
Málaga	1.579	397
Murcia	1.559	387
Navarra	2.052	71
Ourense	2.191	27
Palencia	3.217	-11
Las Palmas	2.179	87
Pontevedra	1.635	226
La Rioja	1.804	57
Salamanca	1.598	88
Segovia	3.263	-11
Sevilla	1.415	640
Soria	2.867	-2
Tarragona	2.626	3
Sta. Cruz de Tenerife	1.929	136
Teruel	2.752	-2
Toledo	2.777	-12
Valencia	1.449	804
Valladolid	2.018	64
Vizcaya	1.276	473
Zamora	2.860	-5
Zaragoza	1.803	175
Ceuta y Melilla	3.110	-4

Por otro lado, mientras los últimos datos presentados por el INE muestran un decrecimiento en lo que a población española se refiere, el número de dentistas colegiados ha continuado aumentando en el último periodo 2009-2012 en un 8,77%, un 0,32% menos que en el anterior periodo 2007-2009, disminuyendo por consiguiente la cifra de población por dentista en un 6,45% en estos tres últimos años.

Aquí se muestra mediante tablas las cifras de población por dentista en las distintas provincias españolas, y el excedente, o por el contrario el déficit, de profesionales en las mismas, según los mínimos marcados por la OMS.

Si bien, como ya se ha indicado anteriormente, la media española se encuentra muy por debajo del mínimo marcado por la OMS, hoy en día hay provincias que mantienen unos niveles dentro del margen marcado por la organización o, incluso, por encima, como son los casos de la manchega Guadalajara y las castellanas Palencia y Segovia.

Este fuerte incremento de odontólogos en España es debido en gran medida a la desmesurada oferta de plazas para realizar el grado de Odontología. Un total de 1.821 plazas anuales se ofrecen en todo el país, repartidas en un total de 20 universidades, 13 de ellas públicas.

Prueba de ello son las reducidas cifras de población por dentista de las provincias en las que se ofrecen las plazas de odontología, tales como Madrid o Vizcaya, con 1.030 y 1.276 habitantes por dentista respectivamente, los niveles más bajos registrados en todo el país.

Estas fuertes cifras de profesionales de la odontología contrastan enormemente con los datos aportados por el Eurobarómetro, que sitúan a España entre los estados europeos en los que existen menores cifras de ciudadanos que visitan al odontólogo, con un 46% de la población. Esta cifra dista con creces de los porcentajes obtenidos por los Países Bajos (83%) o Dinamarca (78%), que son los que obtienen los mejores resultados, junto a otros estados del norte de Europa.

Por otro lado, cabe destacar que la media de visitas de aquellas personas que acudieron al dentista, fue en Es-

paña de un 2,2, la misma que en la Unión Europea. En este caso, son países como Polonia o Rumanía, los que obtuvieron las medias más altas con más de 3,5 visitas.

En cualquier caso, las encuestas demostraron que estas visitas se llevaban a cabo, sobre todo, para realizar revisiones y limpiezas, o lo que es lo mismo, los tratamientos preventivos copaban el 50% de las visitas, mientras que los tratamientos de rutina representaban únicamente el 33%, y los procedimientos de

emergencia eran los menos demandados. Cabe destacar que el principal motivo dado por aquellos encuestados, que no habían acudido al dentista, fue el alto coste de los tratamientos dentales.

Con todo esto se deduce que en España sobrarían, a fecha de 1 de enero de 2012, un total de 11.401 profesionales, es decir, en este Estado contamos con una cantidad de odontólogos con capacidad para atender a una población de más de 77 millones de habitantes, 30 más de los que cuenta hoy en día España.

## El COEM solicita los numerus clausus para aliviar la alta tasa de paro en odontología

La profesión de odontólogo ha sufrido un importante cambio en los últimos años. De hecho, un sector en el que prácticamente no existía desempleo, registra entre los colegiados en los años 2010 a 2012 una tasa del 22% de paro. Si a esta cifra le sumamos que el 7% de los licenciados en esos años se dedica a una actividad totalmente diferente a la Odontología, la situación de la profesión es preocupante y nos encontramos con que casi uno de cada 3 dentistas (29%) no puede ejercer la profesión.

*“Además de por la crisis económica que estamos viviendo en España, la situación se ha visto agravada en gran medida por el exceso de estudiantes de Odontología, totalmente desproporcionado con respecto a las necesidades de la población y muy lejos de las recomendaciones de la OMS”* señala Ramón Soto-Yarritu, presidente del COEM. *“Este exceso de odontólogos es perjudicial para la profesión, puesto que implica un aumento del paro y peores condiciones, pero también lo es para el paciente, porque puede dar lugar a sobreservicio y competencia desleal, o a la atención por parte de profesionales desmotivados que trabajan en unas condiciones laborales precarias”*, añade.

Para conocer cuál es la situación actual de la profesión, el COEM ha realizado entre sus colegiados un estudio sobre **“Inserción laboral de los odontólogos”**, con datos comparativos que señalan la diferencia entre la situación que vivían los colegiados más antiguos (entre 1992 y 2005) y los colegiados recientes (de 2006 a 2012), con datos especialmente relevantes referidos a los colegiados entre 2010 y 2012.

### Madrid tiene el triple de dentistas recomendados por la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un dentista por cada 2.500-3.000 habitantes. En España hay zonas, como es el caso de Madrid, donde triplica esa recomendación con un dentista por cada 930 habitantes.

*“Lo más preocupante es que la tasa*

*de dentistas por habitante seguirá aumentando si no se establecen numerus clausus en las universidades. A esto hay que sumar que la población española no tiene conciencia de ir al dentista”*, concluye Soto-Yarritu.

El número de colegiados aumenta cada año. De hecho, de los 8.000 registrados en el Coem, más del 30% se han colegiado en los últimos 8 años.

### Menos autónomos y precarización del empleo

El estudio de Inserción Laboral de los odontólogos realizado por el COEM muestra que, además de la tasa de paro, la profesión ha vivido un deterioro que hace que la mayoría de los encuestados (en torno al 60%) piense que ha llegado a un punto en el que habrá muchos licenciados que no lleguen a ejercer.

*“Cada vez hay más clínicas que tienen que cerrar y profesionales que tienen que dedicarse a una actividad completamente diferente a la Odontología”*, explica Ramón Soto-Yarritu.

Un dato relevante es que aumenta la condición de asalariado y trabajador irregular (sin contrato) en perjuicio de la figura del autónomo, que antes de 2006 era del 78'6% y, desde entonces, se reduce al 53'3%. Así, el número de asalariados se ha duplicado, del 20% en los licenciados hasta 2005, hasta casi el 42% en los últimos años. Además, también se ha producido una precarización del empleo, con un aumento de los asalariados sin contrato que han pasado de ser el 1% al 5%.

La posibilidad de trabajar en una consulta propia o familiar ha disminuido drásticamente, y ha pasado de ser el caso de cerca de la mitad de los colegiados anteriores a 2006, al 19% entre los posteriores.

### Guerras de precios y aumento de las cadenas como lugar de trabajo

La plétora profesional que sufre la Odontología puede generar una competencia desleal y provocar guerras de precios que conducen a un deterioro de la calidad asistencial para los pacientes.

Otra de las tendencias más claras en la profesión es el auge de las clínicas pertenecientes a cadenas, muchas de ellas propiedad de no dentistas, que han ido ganando peso, ya que entre los odontólogos colegiados antes de 2006 sólo aportaban un 10'2% de los empleos, mientras que entre los colegiados posteriores suponen algo más del 26%.

### Algunos datos positivos: más mujeres y auge de la Odontopediatría

En estos años, se observa un crecimiento de la presencia de mujeres en la profesión, cuyo porcentaje pasa del 59% en los colegiados antiguos (1992-2005) a un 70'1% en los más jóvenes (2006-2012).

Por último se ha producido un auge de la Odontopediatría como puerta de acceso al primer empleo, que ha pasado de un 34% en el caso de los colegiados antiguos, al 47'5% de los recientes.

Para la realización de este estudio se ha encuestado a 502 colegiados del COEM entre julio de 2011 y julio de 2012 •



## OPINIÓN

En nuestro nº5 entrevistamos al Dr. Soto-Yarritu, Presidente del Colegio de Madrid, y entre sus manifestaciones habló de la plétora profesional y la necesidad de reducir el acceso a los estudios de Odontología, recibiendo una airada e intempestiva respuesta del Presidente del Consejo General, forma habitual en el proceder del Dr. Villa, por entender que no se valoraba lo que había hecho por este asunto el Consejo General. En estos días, y después de una campaña del Colegio de Madrid, llamando la atención sobre este problema, el Consejo General nos anuncia su inicio de actuaciones para resolver este asunto, rectificar es de sabios así que bienvenido sea si es por la profesión.

El Presidente del Consejo General de Dentistas de España, D. Manuel Alfonso Villa Vigil, durante la reciente feria del Libro estuvo firmando su primer libro de economía *“Defendámonos de esta crisis”*. D. Manuel Alfonso analiza la respuesta neoliberal a la crisis que estamos padeciendo,

consistente en reducir el gasto público para reducir el déficit, y en medidas flexibilizadoras. Según el autor, ésta es una solución correcta y favorable para los países donde no hay crisis laboral ni de demanda, pero es *“clamorosamente incorrecta para los países que, como España, tienen un gran desempleo, una crisis de demanda interna y una balanza de pagos negativa”*. Villa Vigil sostiene que no es sostenible una economía en la que permanentemente se gaste más de lo que se gana, y que en España hemos estado viviendo por encima de nuestras posibilidades, con un indiscutible despilfarro en la administración pública (que es imprescindible corregir).

Los problemas de España nos importan a todos, pero lo que se espera del Presidente del Consejo General de Dentistas es una respuesta a los problemas de la profesión, porque dar recetas y consejos es muy fácil. Valor *“se supone”*, se decía del soldado que no había entrado en combate, una vez

que entraba en combate y daba la talla de lo esperado se decía *“valor demostrado”* e incluso si llegaba el caso *“valor heroico”*. De los problemas de la familia odontológica el percibido con más preocupación por la profesión en estos momentos y desde hace tiempo es la plétora. Después de más de dieciséis años en el cargo, al Dr. Villa en este asunto, como mucho, *“se le supone”* • **Editor**





[IVOCLAR VIVADENT]

## Nueva colaboración Ivoclar Vivadent y 3Dental

Ivoclar Vivadent ha firmado un acuerdo de colaboración con 3Dental bajo el programa de Socios de Fresado Autorizado. Esta colaboración es una oportunidad para los laboratorios dentales de reunir las fortalezas de ambas compañías. Mientras que Ivoclar Vivadent es una compañía líder en soluciones estéticas, 3Dental es un proveedor de tecnología y soluciones CAD/CAM.

El acuerdo entre Ivoclar Vivadent y 3Dental se sitúa en torno a la cerámica de gama alta y los materiales de composite. 3Dental se beneficiará de poder añadir los materiales más innovadores de Ivoclar Vivadent a su propia estructura de servicios.

### GAMA INTEGRAL DE SISTEMAS Y PRODUCTOS

Esta colaboración permitirá a 3Dental integrar de manera óptima los

materiales de cerámica sin metal de Ivoclar Vivadent, tales como la cerámica vítrea de disilicato de litio patentada, IPS e.max CAD y IPS Empress CAD, dentro de esta gama de servicios. Además, 3Dental podrá aprovecharse de las ventajas de la alta calidad del composite Telio CAD para la manufacturación de una amplia gama de restauraciones temporales.

### SOBRE EL PROGRAMA DE SOCIOS DE FRESADO AUTORIZADO

El programa de Socios de Fresado autorizados ha ido creciendo exitosamente desde su lanzamiento en marzo de 2011. Los centros de fresado internacional han disfrutado de la colaboración durante todo este tiempo •

## Nuevos Bloques IPS e.max CAD

Con una tasa de supervivencia de casi el 99%, IPS e.max CAD ha demostrado ser el sistema que cubre todas las indicaciones. Ahora, con el lanzamiento de los nuevos bloques para puentes e implantes, el rango de acción de IPS e.max se amplía.

**IPS e.max CAD Monolithic Solutions.** Fabricación eficiente y altamente resistente, desde carillas delgadas hasta puentes de 3 unidades.

**IPS e.max CAD Abutment Solutions.** Pilares de implante híbridos CAD/CAM personalizados y coronas-pilar para implantes, la innovadora y eficiente solución 2 en 1, para dientes individuales de la zona anterior y posterior.

**IPS e.max CAD Veneering Solutions.** Alta Resistencia en la fabricación de estructuras de recubrimiento de óxido de zirconio para puentes sobre diente o implanto-soportados.

Los bloques IPS e.max CAD cubren una necesidad, tanto de los profesionales como de sus pacientes, en restauraciones bio-compatibles de altísima estética y resistencia •



IPS E.MAX CAD

[HENRY SCHEIN Y SIRONA]

## Gran éxito en el II Simposio CEREC e inLab en Valencia

Bajo el lema “No pretendamos que las cosas cambien si siempre hacemos lo mismo” Henry Schein y Sirona celebraron el pasado 31 de mayo y 1 de junio el **II Simposio CEREC e inLab**. Más de 120 profesionales odontólogos y protésicos dentales se dieron cita en el exclusivo hotel Las Arenas en Valencia para ponerse al día sobre las nuevas tecnologías CAD/CAM aplicadas en el sector dental y cómo estas tecnologías ayudan a re-orientar el negocio para afrontar los retos actuales.

El Simposio contó con un completo programa científico y la participación

de distinguidos profesionales de gran reputación nacional e internacional. Un momento estrella fue la ponencia del prestigioso Dr. Mario Alonso Puig, médico experto en liderazgo, creatividad, innovación empresarial y gestión del cambio, que explicó a los asistentes cómo podemos crear nuestro propio futuro.

Durante la entretenida “Noche CEREC”, que se celebró en una masía típica valenciana también hubo tiempo para la diversión, la charla y el intercambio de opiniones entre compañeros en un ambiente distendido y ameno •



[MOZO-GRAU]

## Apuesta ganadora por el deporte de élite

Como parte de su compromiso social, Mozo-Grau firmó en 2012 un convenio de colaboración con el **Club de Patinaje en Línea Valladolid**, una elección que no fue casual. A pesar de ser un equipo modesto perteneciente a una disciplina que no tiene tanta repercusión como otros deportes, el **CPLV Dismevea Mozo-Grau** tiene impreso en su ADN un gen ganador y

además, comparte con Mozo-Grau la ilusión y la capacidad de esfuerzo y de superación.

Esta disciplina ha tenido su recompensa y el CPLV Dismevea Mozo-Grau ha firmado una temporada para enmarcar: **Campeón de la Liga Élite masculina, Campeón de la Liga Élite femenina y Campeón de la Liga Oro**. ¡Felicidades deportistas! •



CPLV DISMEVA MOZO-GRAU

[ZIMMER]

## Roadshow de Zimmer para presentar sus soluciones digitales

La visión de calidad e innovación incluida en el ADN de Zimmer se completa con la propuesta Zfx, para la elaboración de soluciones protésicas adecuadas a las necesidades individuales de cada paciente. Con el objetivo de actualizar los protocolos de tratamientos en implantología digital, Zimmer ha organizado un Roadshow para poder presentar por toda

la geografía española las virtudes del sistema digital Zimmer- Zfx y discutir las dudas que puedan surgir:

- 13 de Junio - Madrid
- 20 de Junio - Valencia
- 26 de Septiembre - Barcelona
- 17 de Octubre - Sevilla
- 30 de Octubre - Zfx Open Day
- 7 de Noviembre - Palma de Mallorca
- 21 de Noviembre - Zaragoza •



[SANTIAGO GRISOLÍA]

*“Si la ciencia te interesa,  
dedícate a ella con toda tu fuerza,  
ya que llenará toda tu vida”*

En este número hemos tenido el placer de contar con una de las grandes personalidades científicas de nuestro país, el Profesor Santiago Grisolia García (1923). Su trayectoria es tan impresionante que es difícil resumirla y recoger todos los logros de una de las carreras más brillantes en el área de la Ciencia y la Medicina.

En la actualidad es el Presidente Ejecutivo de los prestigiosos Premios Rey Jaime I • **María José García**





### “Odontólogos de Hoy”:

¿Cómo definiría usted el perfil del científico de hoy en día? ¿Hay muchas diferencias entre los profesionales de su época y los investigadores actuales?

#### Santiago Grisolí:

No hay gran diferencia entre el perfil del científico de hoy y el que ha sido siempre. Fundamentalmente, el científico tiene que sentir curiosidad, pero hoy en día hay más medios tecnológicos que en mi época.

**ODH:** Es evidente que la crisis económica que estamos viviendo condiciona la investigación científica. ¿Cree que la ciencia española sobrevivirá a esta situación?

**SG:** Desde luego la crisis económica que estamos viviendo condiciona la investigación. Ahora bien, yo creo que la ciencia española siempre sobrevivirá a este tipo de situaciones. En todo momento y situación aparecen personas, que suelen ser los líderes, que intentan avanzar y mejorar el mundo que les rodea, personas que mantienen esa curiosidad imprescindible para hacer investigación, porque el interés y la curiosidad por la ciencia es algo que el científico siempre lleva dentro. De todas formas, hay que ver cómo en países como China, la inversión económica en ciencia se está multiplicando, como se hizo anteriormente en Singapur, a la que el profesor Velarde pone como ejemplo para que la Comunidad Valenciana imite. El drama es que si no se invierte en ciencia, los jóvenes con talento que podrían formarse con becas para trabajar en ciencia durante el doctorado, acaben convertidos en otras profesiones igualmente dignas,

pero que aportan menos beneficios sociales a la comunidad.

**ODH:** En su caso, usted tuvo que salir fuera de España para lograr un merecido reconocimiento, ¿recomendaría esa solución para el científico español, o por el contrario eso va a suponer una pérdida irremediable de talento para nuestro país?

**SG:** Salí de España, no para lograr un reconocimiento, sino porque quería aprender los métodos de vanguardia que tenían en América, ya que en aquella época las posibilidades de desarrollar una carrera científica y avanzar en el conocimiento en España eran muy limitadas: sólo había 10 Universidades, y pocos medios para investigación. Así que, siguiendo los consejos de mi primer maestro, el profesor García Blanco, intenté salir y conocer algún método nuevo y luego volví a España pero, como no había posibilidad de encontrar un puesto de trabajo, regresé de nuevo a Estados Unidos. Eso es lo que tememos vuelva a suceder en España si los recortes se mantienen, no que las personas realicen durante su etapa de formación, o una es-

tancia en universidades o centros de investigación en el extranjero. Es importante que la gente salga, que conozca nuevos países extranjeros, otros laboratorios, pero que no se quede en el mismo sitio más de dos a tres años, que se muevan alrededor de otras Universidades, porque si se quedan más de cuatro años en el mismo sitio, se hacen amistades, se casan y ya no regresan. Es importante que salgan pero para que luego vuelvan.

**ODH:** Ahora que las arcas públicas están vacías, ¿cómo se podría lograr el apoyo de la empresa privada a la ciencia española?

**SG:** A través del mecenazgo, con la nueva Ley de Mecenazgo, tema sobre el que acabo de escribir una columna para el diario ABC. Me da la impresión de que los políticos españoles no se dan cuenta de la importancia que tienen estos sistemas, como el americano, en el cual, no es que se vaya contra las arcas públicas, si no que, incluso, las mejora. Reemplaza la financiación pública pero podría también conllevar un incremento de lo público, con un porcentaje

## Una trayectoria brillante

Santiago Grisolí obtuvo la licenciatura en Medicina por la Universidad de Valencia en 1944. Unos años después, concretamente en 1949, conseguiría la tesis doctoral en Madrid. A los 22 años, el profesor Grisolí se marchó a Estados Unidos, donde se convirtió en el primer alumno graduado del profesor Severo Ochoa, en el Departamento de Química de la Universidad de Nueva York, donde inició sus trabajos sobre la fijación del anhídrido carbónico, tema que ya no abandonaría nunca. En este país ocupó diferentes puestos en los equipos docentes de las universidades más importantes de EEUU, como la de Kansas, Chicago o Wisconsin, donde realizó el descubrimiento en el ciclo de la urea, que ha adquirido tanta importancia tanto básica como práctica.

Respaldo por su inmensa labor investigadora, don Santiago también se convirtió en académico de la Academia de Ciencias de Madrid y de Córdoba, en Argentina y de la Academia de Medicina de Bélgica. Pasando, asimismo, a ser catedrático honorario de la Facultad de Medicina de Valencia y Doctor Ho-

noris Causa por diversas universidades españolas, además de serlo en los centros universitarios italianos de Florencia y Siena.

En el presente, el profesor es director, desde 1980, del *International Program of Molecular Cytology* de la Universidad de Kansas, Consejero del Instituto de Biomedicina de *The Cell Surface Research Foundation* en Londres, Presidente del *Committee for Scientific Coordination* de la UNESCO para el proyecto del Genoma Humano, director y fundador de la Escuela de Formación de Investigadores, al amparo del Convenio de Cooperación Recíproca establecido entre la Universidad de Kansas y el Instituto de Investigaciones Citológicas de Valencia, del que es director en la actualidad.

Además, es uno de los impulsores y creadores de la Fundación Valenciana de Estudios Avanzados FVEA, de la Fundación Premios Rey Jaime, y Vicepresidente de la Fundación Jiménez Díaz, desde el año 1995.

**ODH:** ¿De cuáles de sus investigaciones se siente usted más satisfecho? ¿Y cuál sería el descubrimiento científico que le hubiera gustado lograr?

**SG:** Como ustedes saben, de las cosas que comemos, las proteínas, los hidratos de carbono, y las grasas, son las principales fuentes de energía y nutrientes. Las proteínas, una vez cumplida su función, se degradan y producen amoníaco, que se tiene que metabolizar para formar urea, porque el amoníaco es tóxico. Las dos primeras enzimas necesarias para convertir el amoníaco en urea, las descubrí yo y sobre todo, el factor necesario para que la primera enzima funcione, que se llama acetilglutamato. Esta sustancia es como una vitamina nueva de la que no se conocía nada, pero demostré que es el factor necesario para que se ponga en marcha la conversión del amoníaco en urea.

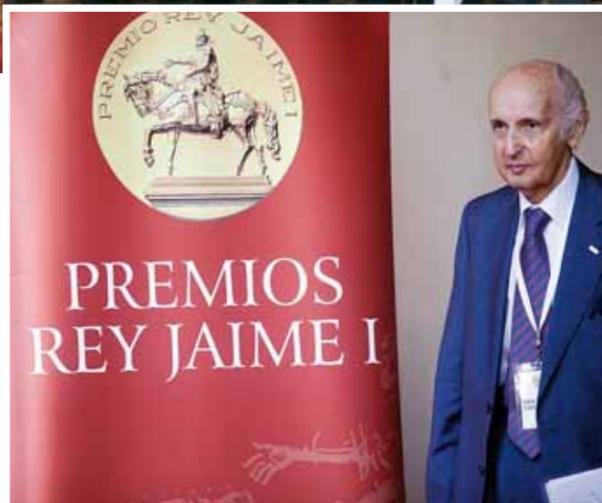
En cuanto al descubrimiento científico, no sé si lo sabe, pero, cuando algunos órganos como el hígado o la cola de la lagartija se amputan, por ejemplo, cuando el hígado se trasplanta de un donante vivo, las células que quedan comienzan a regenerar

un órgano nuevo. Pero no crecen de forma masiva como un tumor, sino que una vez que llega a la masa inicial, se para el crecimiento. Y me gustaría saber porqué. Me intriga saber cuáles son las señales que las células se envían entre ellas para saber que han de formar vasos sanguíneos, o células del hígado y cuándo han alcanzado el tamaño y la forma adecuados.

**ODH:** Usted ha desarrollado una gran parte de su actividad profesional como docente e investigador en EEUU, ¿cuáles son los aspectos más positivos del sistema americano en ambos campos?

**SG:** Para mí lo esencial del sistema americano es el orden de prioridades en la inversión: lo primero en importancia son las personas, por ello se abonan unos sueldos más altos a los más capacitados, para mantenerlos en las universidades; después, si hay suficientes medios económicos, se destinan para aparatos, reactivos, etc. y, por último, a la construcción de edificios. Al contrario de lo que se hace aquí. Cuando empecé a trabajar en el laboratorio de D. Severo Ochoa en Nueva York, teníamos tan poco

“ La crisis económica que estamos viviendo condiciona la investigación ”



espacio que yo compartía el banco de trabajo con un Premio Nobel, aunque yo entonces lo ignoraba, y le apartaba sus vasijas para tener más espacio donde trabajar. Luego descubrí que le hacía mucha gracia la arrogancia del joven estudiante y su falta de reverencia a sus años y prestigio profesional. Pero a él no se le ocurrió pedir que construyeran un nuevo edificio para tener un laboratorio mayor y librarse de las molestias de un becario extranjero; se limitaba a volver a mover sus aparatos cada vez.

**ODH:** Durante su trayectoria ha recibido numerosos reconocimientos, ¿de cuál de ellos se siente más orgulloso?

**SG:** Del último. Todos son importantes y el último siempre es el que más.

**ODH:** Teniendo en cuenta la gran cantidad de cargos que usted ocupa, ¿en qué ocupa su tiempo libre?

**SG:** Leo, hago gimnasia, nado, levanto pesas y, sobre todo leo mucho, generalmente, todos los periódicos y algunas novelas, especialmente libros en inglés. Acabo de terminarme "El invierno del mundo" de Ken Follet y la serie sobre Bourne, de Robert Ludlum.

**ODH:** Desde su punto de vista, de una mente científica y docente, a la vez que médica, ¿qué mensaje lanzaría a nuestros lectores, profesionales médicos odontólogos?

**SG:** Lo mismo que decía D. Severo Ochoa: si la ciencia te interesa, dedícate a ella con toda tu fuerza porque ella llenará toda tu vida •

códigoexplorer®



[ Siente el futuro ]



Todos nuestros implantes vienen asociados por un código alfanumérico (**Código Explorer®**) que puede ser canjeado, sin ningún coste adicional, por cualquier aditamento (salvo los Pilares Locator para ambos sistemas y el pilar UCLA con base de oro para el sistema Osseous, que tendrán un suplemento).

Con el **Código Explorer®** y a **MG Bio-Cam®**, nuestro nuevo programa basado en la tecnología CAD-CAM, podemos ofrecer también prótesis personalizadas para cada paciente.



MG Bio-CAM®

Sede

C/ Santiago López González, 7 · 47197 Valladolid (España) · Tel. España: 902 423 523  
Tel. fuera de España: +34 983 211 312 · Fax: +34 983 304 021 · info@mozo-grau.com  
www.mozo-grau.com

**MOZGRAU®**  
IMPLANTES DENTALES

[JAIME DEL RÍO, CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UCM]

## “La Universidad es el marco indiscutible para la impartición de las Especialidades”



Hemos mantenido una charla con el Profesor Jaime del Río, en la que tras la celebración de las XXV Jornadas Ibéricas de Profesores Universitarios de Prótesis, intercambiamos opiniones sobre la situación del sector y su trayectoria como Vicedecano de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid. **MARÍA JOSÉ GARCÍA**

EL DOCTOR JAIME DEL RÍO, EN EL DESPACHO DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, DONDE IMPARTE CLASES

### "Odontólogos de Hoy":

¿Cómo valora los seis años en los que ha ocupado el puesto de Vicedecano de la Facultad de Odontología de la Universidad Complutense de Madrid?

#### Jaime del Río:

Ocupé este puesto gracias a una invitación que me hizo el Decano, el Dr. Mariano Sanz, para sustituir al Dr. Cacho y gestionar una idea suya, brillante en mi opinión, que fue la creación de los cursos de formación continua en la facultad de odontología. Esta línea de trabajo consistía en ofrecer cursos cortos, formación con 50% de contenido teórico y 50% de tiempo dedicado a prácticas, en módulos de fin de semana, de actualización de las diferentes terapias

odontológicas. Mi misión era coordinar todas estas actividades. Todo el mundo se involucró en este proyecto, desde los profesores al personal de administración y servicios. Ahora que yo he cesado en el puesto de Vicedecano, la profesora Otero continúa con esta labor, ya que es la actual vicedecana de formación continua.

Durante los años que me he ocupado de esas tareas mi labor ha consistido en solucionar conflictos, gestionar espacios, horarios, calendarios, es decir, una coordinación del día a día. También me he ocupado de los títulos propios, los post-grados profesionales que dan las universidades, que son cursos más largos, con mucho más contenido y están muy distribuidos por los departamentos,

pero esto me ha dado poco trabajo, aunque la tarea ha resultado ser muy agradable.

**ODH:** ¿Cuáles han sido las dificultades que ha encontrado en estos años de gestión en la Universidad?

**JdR:** El principal problema que hemos tenido, como suele suceder en los centros públicos, ha sido la gestión económica. Desgraciadamente, vivimos una situación de crisis muy seria en la Complutense, y funcionamos con un sistema de caja única, que significa que todo lo que genera la Universidad Complutense va a una caja única, no a la de cada facultad. Con ese dinero se pagan muchas cosas: salarios de profesores, obras, etc...y también se realiza el pago a proveedores que participan en los cursos. Lamentablemente está habiendo unos retrasos enormes en los pagos a

proveedores, lo que entorpece mucho la gestión de esos cursos, ya que no hay una disponibilidad inmediata del dinero que generamos. Los alumnos están encantados porque reciben una enseñanza de mucha calidad, los pacientes que se ofrecen en estos cursos también están muy satisfechos porque reciben un tratamiento completo a buen precio o gratis, pero los laboratorios y depósitos no cobran a tiempo y ése es un gran problema.

**ODH:** ¿Cómo valora el nivel de los nuevos profesionales?

**JdR:** Estamos viviendo una situación en la odontología en la que los alumnos que cursan la carrera y un postgrado salen muy bien preparados. Hoy día, si a nivel académico sólo cuentas con la licenciatura vas muy justo. Creo que se hace imprescindible el postgrado. Los de la Complutense siguen siendo muy buenos para completar la formación universitaria. No obstante, nada garantiza la salida profesional. En cuanto al éxodo de profesionales al mercado exterior, considero que sí es una posible salida, pero tengo mis dudas sobre si es interesante o no. Se está produciendo el fenómeno de estudiantes muy bien preparados, que se van, fundamentalmente, a Gran Bretaña o a Francia a trabajar, para así aprovechar y mejorar los idiomas y regresan a los 3 años.

Creo que una sociedad civilizada debe garantizar la sanidad y educación de sus ciudadanos, a través de tener cierta planificación para la formación de sus profesionales sanitarios, entre otras cosas. Pienso que una solución puede ser el establecimiento de números clausus, ya que no puedes tener tantos profesionales parados que cuesta tanto formar. Da la sensación de que seguiremos con el problema mientras la Administración que corresponda no se decida a establecerlos.

**ODH:** ¿Cuál es su opinión en el debate actual de las especialidades?

**JdR:** Este tema ha sido tratado en las Jornadas Ibéricas de Profesores de Prótesis, y todos los asistentes hemos mostrado nuestra unanimidad en el tema sobre el necesario establecimiento de las mismas. En el caso de prótesis, esta especialidad existe ya en 8 países de la Unión.

Pensamos que el marco en el que se deben impartir es, por supuesto, la universidad. Hay que cumplir unos requisitos que marca Europa y hay que tener unas proporciones de contenido que hay que respetar.

Es un trabajo muy serio, el consejo ha propuesto un sistema de tipo residencia, por un lado atractivo, pero a la vez peligroso, porque es dejar en manos de empresas una actividad que es muy docente. Durante el pasado encuentro de profesores se preparó un plan que se ha enviado a la Universidad y a la SEPES, aunque al Consejo no le ha parecido bien. Nosotros hemos imitado el modelo británico, que tienen un plan de especialización en prótesis que nos gusta. Allí sí se han puesto de acuerdo el British Dental Council, la Universidad, y las Sociedades Científicas, lo que favorece mucho un acuerdo general. Aquí lo que proponemos es que el lugar donde se impartan estas especialidades sea la universidad y el germen sean los post-grados o títulos propios actuales.

**ODH:** Sobre la sostenibilidad del sistema de la seguridad social español, ¿cuál es su opinión?

**JdR:** Como médico creo que la Seguridad Social española es magnífica y hay que defenderla. Desgraciadamente la Seguridad Social tan sólo ofrece exodoncias y cirugía bucal, algunos planes regionales de atención a la infancia, que van desapareciendo con la crisis, y poco más.

Creo que hay que mantener la Seguridad Social en los términos en los que existe actualmente, y si es posible ampliarla. Funciona muy bien y creo que hay otros estamentos donde reducir gastos.

**ODH:** Usted es miembro de una amplia saga familiar de odontólogos.

**JdR:** Sí, soy descendiente de una larga saga de dentistas. Es una gran satisfacción para mí. En esta área profesional empezó mi abuelo abriendo una consulta en 1927, en la calle Orellana, y fue profesor en conservadora. Luego le sucedió mi padre, Catedrático, Director de la Escuela de Estomatología y maestro de la prótesis, y tras él nosotros, mi hermano Fernando y yo. Mi hermano Lorenzo y mi hijo mayor son prótesis y una sobrina es Odontóloga

y esta haciendo un máster. Somos una familia muy enfocada a la Estomatología y Odontología,, y también muy vinculados a la enseñanza, que es una actividad muy vocacional, y según mi opinión muy interesante, ya que te mantiene vivo, y estás en permanente contacto con gente joven que siempre te aporta nuevas cosas.

**ODH:** ¿Cómo valora usted hasta la fecha su profesión y lo que le ha aportado?

**JdR:** Esta profesión es muy satisfactoria, puedes conseguir una cierta independencia pero tiene el inconveniente de que puede ser muy estresante. Creo que hay que salir de la consulta porque se acumula mucha tensión psíquica que hay que liberar. A todos los compañeros y profesionales les recomiendo que hagan algo más, como por ejemplo ir a la Universidad o a consultorios de la Seguridad Social, etc., aunque sea como colaboradores. Creo que no nos podemos convertir en máquinas de trabajar y ganar dinero. Pero no hay que olvidar que esta profesión es muy gratificante y ofrece muchas satisfacciones.

Hay que promediar bien los tiempos que uno dedica a la actividad profesional. En mi caso la ventaja de ser profesor universitario es que los horarios que tengo no son rígidos y las actividades son variadas. Gracias a eso puedo compartir ratos con los alumnos, llevarles a algún laboratorio, preparar trabajos especiales, etc...

**ODH:** ¿Cuáles son sus aficiones? ¿Las que se han convertido en su "válvula de escape" del stress del día a día...

**JdR:** Soy muy aficionado a la música de todo tipo, sobre todo a la que es en directo. Toqué en un grupo de rock and roll en Medicina, ahora interpreto más acústico, y cuando me dejan hago algún "bolo" con compañeros.

También soy motorista, y en su día volé y viajé en ultraligeros, aunque es una afición que abandoné tras presenciar graves accidentes.

Viajo todo lo que puedo, procuro que sea con amigos; las charlas, experiencias compartidas son, en mi criterio, la mejor válvula de escape a todo lo que nos va tocando vivir •

[IÑAKI AZKUNA, ALCALDE DE BILBAO]

*“La medicina y la política son profesiones muy serias, que tienen en común el servicio a los demás”*



Recientemente nombrado “Mejor Alcalde del Mundo” Iñaki Azkuna es un político que antes de serlo ejerció como médico y ocupó diversos puestos de responsabilidad en el Servicio Vasco de Salud.

Nacido en Durango (Bizkaia) en 1943, Azkuna inició su actividad profesional en el servicio de Radiología del Hospital de Cruces (Barakaldo), centro que llegó a dirigir en 1981. Su paso a la política tuvo lugar un año después, como director de Hospitales de la Consejería de Sanidad. Posteriormente, pasó a ser viceconsejero y, más tarde, director del Servicio Vasco de Salud, Osakidetza. En 1989, fue consejero-secretario de la Presidencia al lado del lehendakari José Antonio Ardanza, quien en 1991 le nombró Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco.

Dejó la Consejería en 1999 para presentarse a las elecciones a la alcaldía de Bilbao, donde ha sido reelegido en cuatro mandatos seguidos; el último, con mayoría absoluta - **María José García**

#### **"Odontólogos de Hoy":**

*Usted es médico de formación y a lo largo de su vida ha ocupado diversos puestos tanto en el ámbito de la sanidad como en el de la política. ¿Cuál es el cometido en el que se siente más cómodo y realizado?*

#### **Iñaki Azkuna:**

Tanto la medicina como la política son profesiones muy serias, que tienen en común el servicio a los demás. Porque yo soy de los que piensan que los políticos estamos, o deberíamos estar, para servir y no para servirnos o ser servidos.

*ODH: ¿Cómo valora su experiencia como Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco?*

**IA:** Fue un trabajo duro, porque tuvimos que crear un nuevo sistema sanitario casi de cero, y a veces con duras críticas por todas partes, pero al final conseguimos situar a Osakidetza en la primera división de los servicios públicos de salud.

*ODH: ¿Cuál fue su percepción del colectivo de los dentistas en su etapa como Consejero?*

**IA:** Yo siempre he tenido una excelente relación con los dentistas, sobre todo con el mío, por la cuenta que me trae...

*ODH: ¿Cómo valora al colectivo profesional de los dentistas como Consejero y como paciente?*

**IA:** Como paciente, no tengo absolutamente ninguna queja, y en mi época de Consejero de Sanidad, cada cual tuvo que defender sus posiciones, como es natural. Pero yo creo que los dentistas son un colectivo muy serio y muy profesional, a los que a veces no hacemos justicia como se mere-

cen. No quiero olvidar el programa de promoción dental infantil.

*ODH: Usted ha recibido numerosos galardones durante su vida profesional, y recientemente ha sido agasajado con el Premio al Mejor Alcalde del Mundo, sin duda un galardón merecido y de gran relevancia nacional e internacional. ¿De cuál de estas distinciones se siente más orgulloso?*

**IA:** Me hizo muchísima ilusión el de la Legión de Honor francesa, pero hoy en día mi vanidad está ya totalmente colmada. Sin duda alguna, el mayor premio es la mayoría absoluta que nos dió el pueblo de Bilbao en 2011 y que nos permite seguir liderando el proceso de transformación de la Villa, a pesar de todas las dificultades por las que estamos pasando.

*ODH: Desde su punto de vista, ¿cuáles han sido los valores que la Fundación City Majors ha tenido en cuenta para otorgarle este reconocimiento?*

**IA:** Compromiso, cercanía y transparencia.

*ODH: ¿Cuál ha sido su papel en la regeneración urbanística de Bilbao? ¿Se siente “responsable” de haber convertido a Bilbao en una de las ciudades españolas más atractivas para el turismo?*

**IA:** Muchas actuaciones estaban ya iniciadas o aprobadas de antes. Nosotros hemos incidido en la necesidad de mantener el liderazgo de la ciudad y la proyección internacional de Bilbao, que desde 2004 se ha convertido en la gran capital del turismo vasco.

*ODH: Es autor de diversos trabajos médicos y pertenece a algunas sociedades científicas. Ahora, en su etapa como rector de una ciudad como Bilbao, ¿añora su trabajo como profesional en el área de Sanidad?*

**IA:** Son tareas distintas. Yo me lo pasé muy bien en Sanidad, pero ser Alcalde de Bilbao es un regalo. La cercanía



y el cariño de la gente es algo que no se puede pagar con dinero. Seguramente, lo que más echo de menos de mi época de Consejero es la edad, con 40 años recién cumplidos. ¡Quién los pillara ahora!

**ODH:** *Un puesto como el suyo implica el contacto directo con la ciudadanía, la gestión de los problemas municipales, las relaciones con la prensa, la promoción de la ciudad, etc. ¿Cuál es la faceta de su cargo con la que más disfruta?*

**IA:** Lo que más me gusta es contribuir a mejorar la calidad de vida de la gente.

**ODH:** *¿Cuáles son sus aficiones?*

**IA:** Me gusta mucho leer y escuchar música, también suelo ir al cine y a visitar museos... En esto de las aficiones no soy nada original.

**ODH:** *¿Cree que su trayectoria humanística y científica ha marcado su actividad como político? ¿De qué forma?*

**IA:** Todo marca en esta vida, y a medida que pasa el tiempo te das cuenta de lo poco importantes que son muchas cosas que antes considerabas irrenunciables. Cuando se alcanza una edad, te das cuenta de que lo más importante de este mundo son las personas.

**ODH:** *De haber ocupado la cartera de Educación ¿cuáles serían los puntos más relevantes de su gestión?*

**IA:** Cuando éramos pequeños había una asignatura que se llamaba Urbanidad, y ahí nos enseñaban buenos modales y valores como la honradez, la tolerancia y la solidaridad, tan necesarios para cualquier sociedad. Yo creo que tenemos un sistema educativo homologable a cualquiera de nuestro entorno geográfico más cercano, pero no estaría mal reforzar esos valores que son los que nos engrandecen como personas •



antón<sup>S.L.</sup>  
suministros  
dentales

20 años  
a tu lado

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

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



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

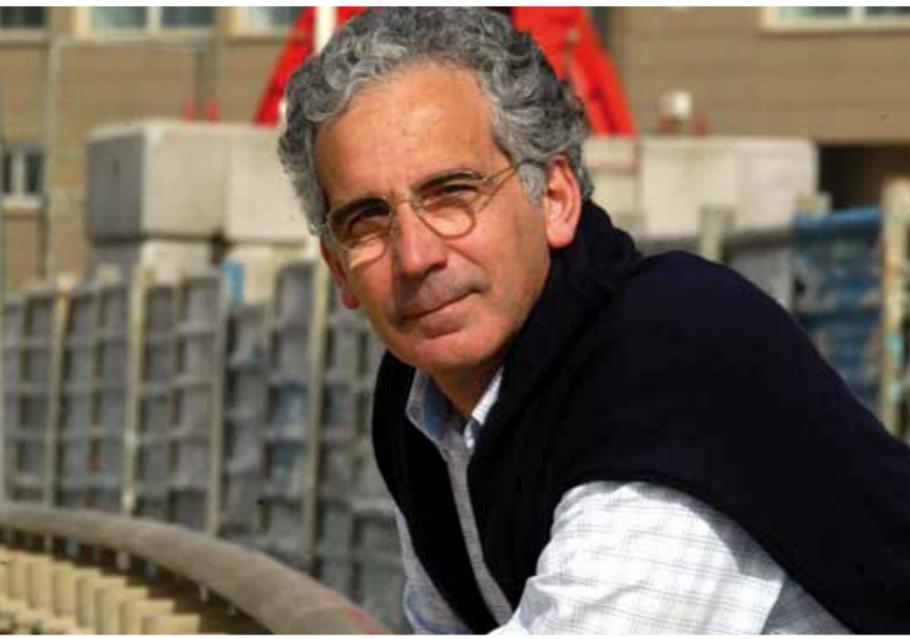
antón<sup>S.L.</sup> Servicio Técnico propio  
asistencia técnica  
tecnico@antonsl.es

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



[DANIEL ZULAIKA]

## “Afortunadamente, la capacidad de transmisión del virus del SIDA es muy baja”



Daniel Zulaika, Zarauz, 1951, es licenciado y Doctor en Medicina por la Universidad de Navarra. MIR en Medicina Interna en el Hospital Universitario de Cruces de Bilbao, médico adjunto del Hospital Universitario Donostia (1978-87) y Coordinador del Plan del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual del Servicio Vasco de Salud (1987-2013).

La historia del VIH en el País Vasco discurre en paralelo a la trayectoria profesional de Daniel Zulaika, que atendió al primer paciente en Donostia el 28 de febrero de 1985, cuando todavía ni siquiera se disponía de los test para certificar la infección. Dos años más tarde asumiría la Coordinación del Plan del Sida en el País Vasco, con un objetivo muy definido, “que nadie más se infectase del VIH”, y aunque sigan diagnosticándose casos, podemos decir que han conseguido mucho más de lo que todos, incluso ellos mismos, esperaban. Sus actuaciones han sido un referente a nivel nacional, y en el caso de los dentistas hay que recordar que fue bajo su impulso y coordinación que se realizó la primera guía de “Recomendaciones para la prevención del VIH, VHB y otros virus de transmisión sanguínea en odontostomatología”, aprobada en primera instancia por los Colegios Vascos, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, el Consejo General y el Ministerio de Sanidad.

El trabajo ha sido y sigue siendo intenso, los resultados obligan a un merecido reconocimiento a todo el equipo que con él trabaja desde entonces en el Servicio Vasco de Salud • **FGG**

### "Odontólogos de Hoy":

*Han pasado 30 años desde que se identificó el virus (VIH). ¿Las consecuencias han sido mejores o peores de lo previsto en los primeros momentos?*

#### Dr. Daniel Zulaika:

La epidemia ha sido devastadora a lo largo de estas tres décadas, pero también es verdad que generó una respuesta extraordinaria en toda la sociedad. Se pusieron en marcha programas como los de intercambio de jeringuillas, inimaginables unos años antes; se potenció la investigación científica que nos trajo los excelentes tratamientos antirretrovirales a los que deben su vida millones de personas; se consiguió hacer llegar a los países en desarrollo ingentes cantidades de recursos y de medicamentos, algo inédito en la historia de estos países; y también nos ha ayudado a entender mejor la sexualidad. En resumen, el sida ha constituido una crisis de dimensiones considerables, pero también ha sido una oportunidad.

*ODH: La obtención de una vacuna ha sido siempre la expectativa, quizá no de los científicos pero sí del ciudadano. ¿Cómo está la investigación en este momento?*

**Dr. DZ:** En 1986 la Ministra de Sanidad de EEUU afirmó que la vacuna contra el sida estaría disponible en un par de años. Desgraciadamente, en la actualidad no tenemos una vacuna, y

es posible que no la tengamos nunca. No olvidemos que de las más de 500 infecciones que azotan a la humanidad sólo un par de docenas disponen de una vacuna. Sin embargo también hay que decir que cuando llegó el sida, ya existía una vacuna que se llama preservativo. Ojalá en otras enfermedades hubiéramos tenido algo similar.

*ODH: ¿Cuál es la situación actual en España y en el mundo de la infección por VIH?*

**Dr. DZ:** En la actualidad, anualmente se infectan 3.500 personas por el VIH. Además se ha producido un giro de 180º en la epidemia en nuestro país. En las décadas de los 80 y 90, dos terceras partes de los infectados eran o habían sido consumidores de drogas por vía intravenosa. En la actualidad, el VIH se ha convertido en una infección de transmisión sexual. Más del 90% de las nuevas infecciones se transmiten a través de las relaciones sexuales, la mitad de ellas por vía heterosexual y la otra mitad a través de prácticas homosexuales.

*ODH: ¿Los ciudadanos actúan en general con responsabilidad ante los riesgos de infección por VIH o estamos siendo imprudentes?*

**Dr. DZ:** Nadie quiere infectarse por el VIH o por una infección de transmisión sexual. Lo que ocurre es que la sexualidad constituye uno de los campos más complejos del comportamiento humano, complejidad que se extiende a la promoción de la salud sexual y el sexo seguro. Lo que motivó la adopción del sexo seguro a lo largo de las décadas de los 80 y de los 90 fue la muerte de los pacientes infectados. Cuando aparecieron los nuevos tratamientos antirretrovirales en 1996, que mejoraron espectacularmente la supervivencia de las personas infectadas, se produjo un efecto colateral no buscado, que fue el abandono del sexo seguro. Esto no es nuevo en la medicina, hay un aforismo en salud pública que dice que “un paso adelante en tratamiento, son dos pasos atrás en prevención”. Y también se cumplió en el sida.

*ODH: ¿Cuál es el colectivo más expuesto a la infección?*

**Dr. DZ:** El colectivo de hombres que tienen sexo con hombres, término más preciso que el de gay en este contexto, es el que contabiliza en nuestro país el 50% de las nuevas infecciones por VIH, el 75% de las sífilis recientes y el 43% de gonococia. Y este colectivo constituye únicamente el 3% de la población. Ése es nuestro desafío en este momento.

*ODH: ¿El seropositivo sigue padeciendo marginalidad social?*

**Dr. DZ:** La situación no tiene nada que ver con lo que vivimos en los años 80. Sin embargo, todavía hay muchas personas seropositivas que, aunque reconocen que la situación ha mejorado, se sienten en ocasiones marginados. Y, sobre todo sienten que, a diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades, como por ejemplo el cáncer, no pueden desahogarse y decir a otras personas, a familiares, a amigos, ... que son portadores del VIH. Y eso es duro.

*ODH: ¿Cuáles son las principales actividades del programa que usted coordina?*

**Dr. DZ:** Fundamentalmente tres: prevenir la transmisión del VIH, dar la mejor asistencia sanitaria a las personas portadoras del VIH y luchar contra la marginación de las personas seropositivas.

*ODH: Repasemos algo importante para los profesionales. ¿Qué deben hacer ante un corte o pinchazo accidental en el trabajo?*

**Dr. DZ:** Previamente al accidente debemos estar vacunados de la hepatitis B y del tétanos. También hay que adoptar medidas de barrera como guantes, que en el caso de un pinchazo retienen una gran parte de la sangre potencialmente infectante. Tras el pinchazo, hay que lavarse bien la herida con agua corriente, desinfectarse la herida, y acudir a salud laboral o a la mutua correspondiente para que haga el seguimiento.

*ODH: Una preocupación en los primeros años fue el riesgo de transmisión en los procedimientos clínicos. ¿Hemos conseguido que el acto sanitario sea seguro en nuestro país?*

“La situación actual del virus VIH no tiene nada que ver con la que vivimos en los años 80”

**Dr. DZ:** Afortunadamente la capacidad de transmisión del VIH es muy baja. En los años más duros de la epidemia se produjeron innumerables accidentes ocupacionales, pero los profesionales que se infectaron a través de su actividad laboral son contados. Nunca sabremos cuántos fueron, pero muy pocos. Yo personalmente no conozco ninguno. La situación del riesgo potencial ha mejorado en estos años por el tratamiento antirretroviral. Cuando una persona recibe tratamiento, la carga viral del VIH en sangre se reduce prácticamente a cero y los fluidos dejan de ser infectantes. Sin embargo, esto no debe hacernos bajar la guardia y hay que seguir considerando a todos los pacientes que atendemos como si fueran portadores de una infección de transmisión sanguínea (VIH, VHC, VHB) y adoptar las medidas correspondientes.

*ODH: Usted se ha tenido que relacionar con todos los colectivos sanitarios durante estos años. ¿Cómo ha sido su relación con los odontólogos?*

**Dr. DZ:** En la primera mitad de los 90 pusimos en marcha los protocolos de accidentes ocupacionales y fue una época de estrecha colaboración. Aprendimos juntos a hacer frente a aquella epidemia tan mortífera y que tanto temor causaba. Se implementaron las precauciones universales (considerando a todos los pacientes como potencialmente infecciosos), se extendió el uso de guantes hasta el nivel actual, etc. Fue un trabajo en equipo muy fructífero y útil y contribuyó a quitar miedos •

# Cavidad oral, Sida y Sífilis

En los últimos años se ha observado un aumento importante en el número de infecciones de transmisión sexual (ITS), y entre ellas de la sífilis, cuyas nuevas infecciones se han multiplicado por cinco. Del mismo modo, aunque en Europa la incidencia de nuevos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) disminuyó considerablemente desde la década de los 90, en estos últimos años se ha observado un aumento leve de casos.

**MARIA LUISA GAINZA CIRAUQUI** (MAESTRO EN PATOLOGÍA ORAL UPV/EHU. DOCENTE DE LA SECCIÓN DE DIAGNÓSTICO. DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DIAGNÓSTICAS Y QUIRÚRGICAS. UNIVERSIDAD DE COSTA RICA. COSTA RICA)  
**JOSÉ MANUEL AGUIRRE URIZAR** (CATEDRÁTICO DE MEDICINA BUCAL. UFI 11/25. DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA II. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO /EHU)

En los últimos años se ha observado un aumento importante en el número de infecciones de transmisión sexual (ITS), y entre ellas de la sífilis, cuyas nuevas infecciones se han multiplicado por cinco. Del mismo modo, aunque en Europa la incidencia de nuevos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) disminuyó considerablemente desde la década de los 90, en estos últimos años se ha observado un aumento leve de casos. Estos incrementos preocupantes se deben a diversos factores: por un lado, las generaciones actuales no han conocido la epidemia del Sida en sus años más virulentos y ven a la infección por VIH como algo lejano y curable; por otro, los nuevos hábitos de comunicación y relación han facilitado los contactos sexuales de riesgo sin protección, tanto en los colectivos homosexuales como heterosexuales, y parece que las ITS como la sífilis favorecerían la transmisión del VIH. En España, el 56% de los casos de sífilis intrahospitalarios son pacientes coinfectados por VIH.

La importancia de la afectación oral en la infección por VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es conocida desde los primeros casos descritos en 1981 en varones jóvenes, aparentemente sanos, que presentaban candidiasis oral, sarcoma de Kaposi y neumonía. En las primeras décadas se describieron una serie de neoplasias e infecciones oportunistas que marcaban el deterioro de estos pacientes hasta desarrollar el sida, y una gran parte de ellas se manifestaban en la cavidad oral. En la actualidad, la frecuencia de las alteraciones orales ha disminuido mucho, en gran medida debido a la instauración de terapias antiretrovirales de gran actividad (TARGA), que impiden que los pacientes sufran un deterioro importante de su inmunidad y el crecimiento vírico. De este modo, se ha conseguido en los países desarrollados que la infección por VIH sea controlada, y se transforme en una condición crónica.

La candidiasis es la infección oral más característica de la infección por VIH, y se puede presentar de distintas formas. La forma clásica es la candidiasis pseudomembranosa, que aparece cuando el recuento de linfocitos T CD4 es menor de 200. El dato semiológico diagnóstico típico es que los grumos o placas blanquecinas pueden ser removidos con una gasa.

La presencia de una candidiasis pseudomembranosa en un joven adulto "sano" debe ser sugestivo de inmunosupresión (Figura 1). No obstante, la candidiasis eritematosa es actualmente la forma más frecuente de candidiasis oral, y aparece como una mácula rojiza típicamente en el dorso lingual y el paladar duro (imagen en espejo). También la presencia de esta lesión en una persona joven sin

## REFERENCIAS

1. Aguirre JM, Echebarria MA, Ocina E, Ribacoba L, Montejo M. *Reduction of HIV-associated oral lesions after highly active antiretroviral therapy*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1999; 88: 1-3.
2. Aguirre-Urizar JM, Echebarria-Goicouría MA, Eguía-del Valle A. *Síndrome de inmunodeficiencia adquirida: manifestaciones en la cavidad bucal*. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004; 9 Suppl: s148-57.
3. Ceballos-Salobreña A, Gaitán-Cepeda LA, Ceballos-García L, Lezama-Del Valle D. *Oral lesions in HIV/AIDS patients undergoing highly active antiretroviral treatment including protease inhibitors: a new face of oral AIDS?* AIDS Patient Care STDS 2000; 14: 627-35.
4. Ficarra G, Carlos R. *Syphilis: the renaissance of an old disease with oral implications*. Head Neck Pathol. 2009 Sep;3(3):195-206.
5. García-García L, Ariza-Megía MC, González-Escalada A, Alvaro-Meca A, Gil-de Miguel A, Gil-Prieto R. *Epidemiology of syphilis-related hospitalizations in Spain between 1997 and 2006: a retrospective study*. BMJ Open 2011; 2: e000270.
6. Havlir D, Beyrer C. *The beginning of the end of AIDS?* N Engl J Med 2012; 367: 685-7.
7. Hodgson TA, Greenspan D, Greenspan JS. *Oral lesions of HIV disease and HAART in industrialized countries*. Adv Dent Res 2006; 19: 57-62.
8. Jin F, Prestage GP, Kippax SC. *Syphilis epidemic among homosexually active men in Sydney*. Med J Aust 2005; 183: 179-83.
9. Little JW. *Syphilis: An update*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 100: 3-8.
10. Leuci S, Martina S, Adamo D, Ruoppo E, Santarelli A, Sorrentino R, Favia G, Mignogna MD. *Oral Syphilis: a retrospective analysis of 12 cases and a review of the literature*. Oral Dis 2013. Ahead of print.
11. Mataftsi M, Skoura L, Sakellari D. *HIV infection and periodontal diseases: an overview of the post-HAART era*. Oral Dis 2011; 17: 13-25.
12. Merson MH. *The HIV/AIDS Pandemic at 25—The global response*. N Engl J Med 2006; 354: 2414-7.
13. Nattrass N. *Are country reputations for good and bad leadership on AIDS deserved? An exploratory quantitative analysis*. J Public Health 2008; 30: 398-406.
15. ONUSIDA. *Informe Mundial 2012*. Ginebra, Suiza: ONUSIDA 2012. www.unaids.org.
16. Patton LL, McKaig RG, Eron JJ Jr, Lawrence HP, Straus. *Oral hairy leukoplakia and oral candidosis as predictors of HIV viral load*. AIDS 1999; 13: 2174-6.
17. Samaranyake LP, Leung WK, Jin L. *Oral Mucosal fungal infections*. Periodontology 2000. 2009; 49: 39-59.
18. Srirangaraj S, Venkatesha D. *Opportunistic infections in relation to antiretroviral status among AIDS patients from south India*. Indian J Med Microbiol 2011;29:395-400.
19. World Health Organization. *Data and Statistics in Europe (CISID) 2012*. <http://data.euro.who.int/CISID/>

otros datos facilitadores, implica descartar la infección por VIH.

La queilitis angular (inflamación de las comisuras labiales), es otro proceso común de carácter crónico y recidivante en los pacientes VIH (+), en el que intervienen bacterias (Streptococcus y Staphylococcus) y hongos (Candida), y puede ser el primer dato de sospecha de la inmunosupresión (Figura 1).

Las infecciones víricas de la cavidad oral, principalmente las herpéticas, representan otra alteración común en la infección por el VIH y nos puede conducir a la sospecha clínica de que un paciente este infectado. Lo más habitual son las infecciones recurrentes y mantenida por el virus Herpes simple, sobre todo las extraorales en los labios y en menor medida las intraorales, como lesiones ulceradas irregulares dolorosas y mantenidas. El virus de Epstein-Barr está implicado en la infección por VIH en la leucoplasia vellosa, lesión blanquecina situada en los márgenes linguales y que antes del TARGA era considerada un elemento pronóstico del desarrollo del Sida. Este virus también está relacionado con el desarrollo de algunos linfomas no-Hodgkin en estos pacientes, que pueden aparecer en la cavidad oral. Las infecciones por virus Her-

pes-Zoster a nivel trigeminal suelen ser infrecuentes, aunque cuando lo hacen son más virulentas y siempre deben ser un dato de sospecha de inmunosupresión (Figura 2). La infección por el virus herpes tipo 8 es el responsable del sarcoma de Kaposi, neoplasia vascular oportunista típica de los pacientes con Sida. La encía y el paladar son dos localizaciones comunes de este sarcoma en forma de máculas, pápulas o nódulos, y cuya frecuencia se ha reducido en gran medida desde la instauración de TARGA.

En los últimos años hemos observado un incremento en la aparición de lesiones hiperplásicas epiteliales (papilomas, verrugas) asociadas a la infección por los virus del papiloma humano en los pacientes infectados por VIH. La presencia de múltiples lesiones exofíticas papilares o condilomatosas en la cavidad oral debe ser siempre sospechosa de una posible infección por VIH y de su transmisión sexual (Figura 2).

Las infecciones bacterianas orales en los pacientes VIH (+) están asociadas preferentemente a la enfermedad periodontal y/o cariogénica que suelen ser especialmente agresivas. La periodontitis ulceronecrotizante con ulceración gingival, sangrado, destrucción tisular e incluso

exposición ósea se mantiene constante en los pacientes infectados.

Como hemos señalado la infección por VIH se ha relacionado con diferentes ITS, de tal modo que las lesiones causadas aumentarían la probabilidad de contagio por el VIH. De ese modo ha crecido el número de casos coinfectados, con la circunstancia de que la inmunosupresión del VIH (+) va a modificar las manifestaciones clínicas e incluso la respuesta al tratamiento de las ITS.

La ITS más importante es la sífilis, que con frecuencia muestra lesiones orales en los estadios tempranos de la enfermedad. Se ha reconocido que las ulceraciones de la sífilis primaria aumentan la transmisión del VIH y, por lo tanto, aumentan el riesgo de coinfección. A partir del año 2000 se ha visto un incremento de nuevos casos de sífilis en los países desarrollados y sobretodo ha aumentado principalmente en los varones homosexuales, y ha disminuido en las mujeres.

La sífilis es una antigua enfermedad de transmisión sexual asociada al Treponema pallidum, que aunque todavía es sensible a la penicilina, puede causar complicaciones importantes y secuelas severas. Un problema de esta ITS es que muchos casos son subclínicos en los estadios tem-



FIGURA 1: CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA Y QUEILITIS COMISURAL EN PACIENTES VIH (+)

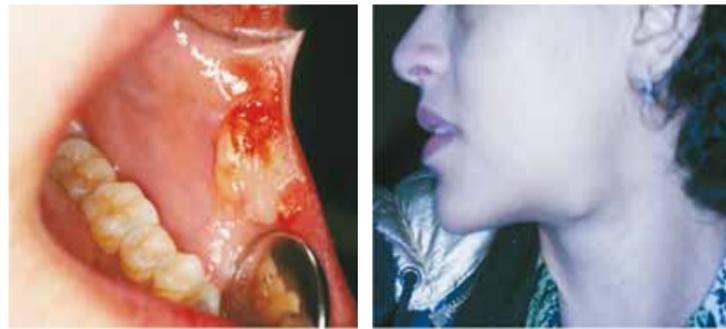


FIGURA 3: CHANCRO Y ADENOPATIA (COMPLEJO PRIMARIO) SÍFILIS PRIMARIA. (CORTESIA DR. R. MARTINEZ-CONDE UPV/EHU)



FIGURA 2: INFECCIÓN HÉRPETICA, HERPES ZOSTER EN 2ª RAMA DEL TRIGÉMINO. LESIÓN HIPERPLÁSICA PAPILOMATOSA POR VPH



FIGURA 4: LESIONES ORALES DE SÍFILIS SECUNDARIA. (CORTESIA DR. A. DE JUAN CLÍNICA EUSKALDUNA. BILBAO)

pranos por lo que no son diagnosticados adecuadamente y progresan.

Las primeras manifestaciones de la enfermedad aparecen tras un período de incubación de 2 a 3 semanas tras el contagio sexual, como una úlcera indurada e indolora contagiosa (chancro sifilítico) en la zona de inoculación en genitales. La boca es un lugar frecuente de asiento del chancro y típicamente suele acompañarse de una adenopatía satélite (complejo primario), que remite espontáneamente tras unas semanas (Figura 3). Ante un paciente con una ulceración oral indurada de desarrollo agudo, en lugares poco habituales para un afta, que duele poco o nada, que persiste y muestra un ganglio adicional, debe sospecharse una infección por sífilis.

Tras 4 a 6 semanas de la aparición del chancro, los pacientes que no son diagnosticados ni tratados, desarrollan la sífilis secundaria. A esta etapa se la conoce como “el gran imitador” ya que los pacientes pueden presentar una gran gama de manifestaciones que incluyen adenopatías generalizadas, lesiones maculopapulares

en las palmas y plantas, alopecia, uveítis, exantema, vegetaciones, eritemas, etc. Estos pacientes pueden presentar lesiones orales muy diversas, siendo las más típicas las “placas mucosas opalinas”. Estas lesiones normalmente se localizan en los labios, la lengua o el paladar, y son extremadamente contagiosas. Otras lesiones son las pápulas eritematosas, úlceras, máculas rojizas o incluso lesiones blanquecinas simulando enfermedad liquenoide, leucoplasia, e incluso macroglosia (Figura 4).

Tras esta etapa, si los pacientes no son tratados pasan por un período de latencia en el que son contagiosos pero no presentan sintomatología, y que puede durar años hasta que aparecen las graves alteraciones del sistema nervioso central, cardíacas u otras, típicas de la sífilis tardía o terciaria.

En la actualidad asistimos a un nuevo escenario en estas infecciones y en el que la infección por VIH está de nuevo aumentando debido, por un lado, al incremento en los comportamientos de riesgo en una población que todavía presenta una

alta prevalencia de la infección y, por otro, a su asociación con un aumento en la incidencia de las ITS, como la sífilis.

Las lesiones orales asociadas a la infección por VIH y a la sífilis son frecuentes, sobre todo en los estadios iniciales y pueden ser el punto de partida para el diagnóstico precoz de estas enfermedades transmisibles tan graves. Por ello, el profesional odontólogo y su actividad clínica constituyen una pieza fundamental en el diagnóstico, la prevención y la reducción de la progresión de estas enfermedades de declaración obligatoria •



antón S.L.  
suministros  
dentales

20 años  
a tu lado

BIENVENIDO  
a tu mundo  
3D

DIAGNÓSTICO

PRECISIÓN

CALIDAD

POTENCIA

Consulta nuestras  
OFERTAS ESPECIALES en 2D

RECONSTRUCCIÓN

EXPLORACIÓN

PANORÁMICA

DIGITAL

INNOVACIÓN

INTEGRACIÓN

IMÁGENES

DEFINICIÓN

IMPLANTOLOGÍA

RAPIDEZ

POSICIONAMIENTO



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

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



# Caso clínico: Odontoma

Paciente mujer, 26 años.

Mujer de 26 años que acude a consulta por presentar tumoración de varios años de evolución en arcada inferior derecha (zona 4.6 y 4.7) que impide la erupción del 4.6 y ha provocado la mesialización del 4.7. El 4.8 se encuentra incluido. No presenta en la anamnesis ningún otro dato de interés y la paciente sólo refiere fumar 3 cigarrillos al día (Fig. 1). A la exploración radiológica se observa lesión mixta predominantemente radiopaca de 1 -1,5 cm de diámetro. Se solicita TC de la zona para evaluar tratamiento a realizar (Figs 2 y 3).

Como posibles diagnósticos diferenciales se establecen una lesión fibro-ósea benigna o un tumor odontogénico por su relación con un diente incluido. Se realiza la exéresis quirúrgica bajo anestesia local de la lesión para estudio histológico, así como el 4.7 y 4.8 que también son extraídos (Fig 4). Se decide dejar el 4.6 e intentar realizar tracción ortodóncica del mismo, por lo que en el momento de intervención se le coloca el bracket y una cadeneta.

El estudio histopatológico reveló unos espacios irre-

DR. JULIÁN CAMPO TRAPERO. ODONTÓLOGO. PROFESOR CONTRATADO DOCTOR. DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y CIRUGÍA BUCOFACIAL. FACULTAD DE ODONTOLÓGIA. UCM  
JCAMPO@ODON.UCM.ES

DR. JOSÉ MONTANS ARAUJO. PATÓLOGO. ESPECIALISTA EN PATOLOGÍA DE CABEZA Y CUELLO.  
JMONTANS@ANATOMIA.E.TELEFONICA.NET

gulares con elementos residuales de matriz de esmalte rodeados por tabiques de dentina. En la periferia se podía observar una cápsula de tejido conjuntivo fibroso. El diagnóstico definitivo fue de Odontoma Compuesto (Fig 5 y 6). El odontoma es la lesión odontogénica no quística más prevalente de los maxilares. En realidad se trata de una malformación o hamartoma constituido por denticulos encapsulados. Es más frecuente en las 2 primeras décadas de la vida y suele encontrarse asociada o sobre dientes no erupcionados, siendo más prevalente su localización en maxilar que en mandíbula. Suele ser un hallazgo casual en la radiografía, y suele aparecer como una masa radiopaca irregular con un fino halo radiolúcido o estructuras que recuerdan dientes pequeños. Dependiendo del grado de morfo-diferenciación o semejanza a los dientes normales se diferencia en odontoma compuesto (como es el de este caso) o de un odontoma complejo (Fig 7 y 8). En ambos casos el tratamiento es la exéresis quirúrgica, no produciéndose recidivas •

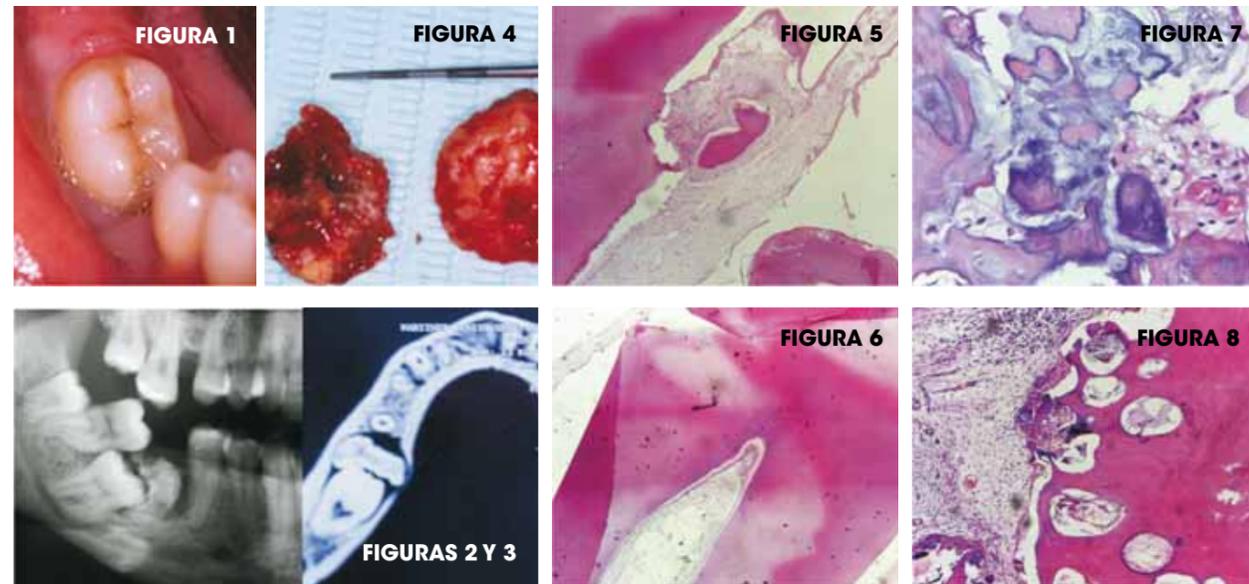


FIG 1. VISIÓN INTRAORAL DEL 4.7 MESIALIZADO Y ZONA EDÉNTULA EN LUGAR DONDE DEBERÍA ESTAR ERUPCIONADO EL 4.6.

FIGS 2 Y 3. IMÁGENES RADIOGRÁFICAS. OPG Y TC

FIG 4. LESIÓN EXTIRPADA PARA ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO.

FIG 5 Y 6. MICROFOTOGRAFIA 40X H/E. ODONTOMA COMPUUESTO. HISTOLÓGICAMENTE SE COMPRUEBA

QUE LOS DENTÍCULOS UNIRRADICULARES POSEEN ESMALTE, DENTINA, PULPA Y CEMENTO EN UNA DISTRIBUCIÓN SIMILAR AL DE PIEZAS NORMALES, Y ESTÁN RODEADAS POR UNA CÁPSULA DE TEJIDO CONECTIVO FIBROSO.

FIG 7. MICROFOTOGRAFIA 400X H/E. ODONTOMA COMPLEJO. CONSISTE EN ACÚMULOS DESORGANIZADOS DE DENTINA Y PRISMAS DE ESMALTE CON GRUPOS

DE CÉLULAS FANTASMAS Y EPITELIO ODONTOGÉNICO ATRAPADO.

FIG 8. MICROFOTOGRAFIA 100X.- H/E.- TEJIDO DENTINARIO, CON TÚBULOS IRREGULARES, Y ESPACIOS REDONDEADOS CON RESTOS DE MATRIZ DE ESMALTE, Y ESCASO EPITELIO ODONTOGÉNICO REDUCIDO DEL ÓRGANO DEL ESMALTE.



## Quintessence presentó su último libro en el COEC



Editorial Quintessence presentó el pasado día 9 de mayo en el Auditorio del COEC de Barcelona, el libro “**Layer: Un Atlas de Estratificación de Composites**”, de los Dres. Jordi Manauta y Anna Salat.

La presentación tuvo una asistencia de 100 personas y en ella participaron los Dres. Angelo Putignano y Walter Devoto por parte de Style Italiano, y los Dres. Miguel Roig y Nacho Rodriguez de la SEPES •



# Aplicaciones de la tecnología CBCT

## Máster de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid

**DRA. SILVIA GARCÍA ESTEVE**  
(ALUMNA DEL MÁSTER DE ORTODONCIA URJC)  
**DRA. INÉS DURÁN BAAMONDE**  
(ALUMNA DEL MÁSTER DE ORTODONCIA URJC)  
**DR. MANUEL MÍGUEZ CONTRERAS**  
(PROFESOR DEL MÁSTER DE ORTODONCIA URJC)  
**DR. MARTÍN ROMERO MAROTO**  
(DIRECTOR DEL MÁSTER DE ORTODONCIA URJC)



### Introducción:

La obtención de imágenes en tres dimensiones proporciona una visualización realista de la cabeza de nuestros pacientes, aumentando las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, no solo en el ámbito ortodóncico, sino también en el resto de especialidades odontológicas<sup>1</sup>. La primera técnica de captura de imágenes tridimensionales fue la Tomografía Computarizada (TC), introducida por Hounsfield en 1967<sup>2</sup> y unos años más tarde, en torno a los años noventa, surgió la Tomografía Computarizada de Haz Cónico (CBCT). Esta novedosa técnica radiográfica, basada en un haz de rayos X en forma cónica o piramidal (diferenciándose de la TC en el cual es en abanico), permite reconstruir una estructura tridimensional a partir de la captura de proyecciones bidimensionales<sup>3</sup>. Los primeros escáneres CBCT para la región oral y maxilofacial se crearon de forma independiente por Arai en Japón (1999) y Mozzo en Italia (1998)<sup>4,5</sup>.

En comparación con la TC, el CBCT ofrece una disminución de la dosis de radiación y del tiempo de exploración, así como una importante reducción de costes<sup>6</sup>, ofreciendo mayor accesibilidad para el paciente y un manejo más fácil para el profesional. Con respecto a las radiografías convencionales, los sistemas CBCT generan imágenes sin magnificación que pueden ser empleadas para mediciones lineales y angulares de manera precisa. Estos aparatos son capaces de proporcionar una representación de los tejidos duros y blandos cráneo-dento-faciales, aunque sin la precisión en la discriminación de densidades del TC. Con estos registros evitamos también la superposición de estructuras anatómicas presentes en las técnicas bidimensionales, permitiendo analizar de una manera más completa e independiente cada lado de nuestros pacientes<sup>7</sup>.

### Indicaciones Generales:

La realización de un CBCT, como toda exploración radiológica, debe estar justificada, siguiendo los principios de protección radiológica establecidos por las recomendaciones de la ICRP (International Commission Radiological Protection). Sin embargo, la justificación de la tecnología CBCT en sus diversas aplicaciones, es todavía motivo de controversia entre los profesionales. En un intento por

unificar las discrepancias, varias asociaciones científicas han elaborado criterios orientativos para su utilización. Organismos como la Comunidad Europea han apoyado con el programa SEDENTEXCT el estudio de recomendaciones para el uso de esta tecnología.

El CBCT puede ser de utilidad en diversos campos de la odontología<sup>8</sup>. El diagnóstico preciso de caries oclusales e interproximales en odontología conservadora<sup>9</sup>, la valoración de la severidad en las enfermedades periodontales<sup>10</sup> y la detección de lesiones periapicales<sup>11</sup>, son algunas de ellas. En el campo de la endodoncia pueden valorarse reabsorciones internas y externas, perforaciones laterales o la detección de conductos accesorios<sup>12</sup>. Es de utilidad también en el manejo de traumatismos dentoalveolares<sup>13</sup>, en la valoración de las extracciones de cordales<sup>14</sup> y tal vez como uno de sus campos más importantes, en la implantología, permitiendo la visualización de nervios, vasos, y estructuras adyacentes<sup>15</sup> o bien en la presencia de lesiones condilares y/o asimetrías<sup>16</sup>.

En sus aplicaciones ortodóncicas, la falta de unos criterios universalmente establecidos permite que sus indicaciones de uso clínico sean muy variables. Mientras algunos ortodontistas defienden estos registros como sustitución a sus exámenes radiológicos convencionales, otros emplean el CBCT sólo bajo determinadas circunstancias<sup>17-19</sup>. Entre ellas, sus usos más comunes son la localización y

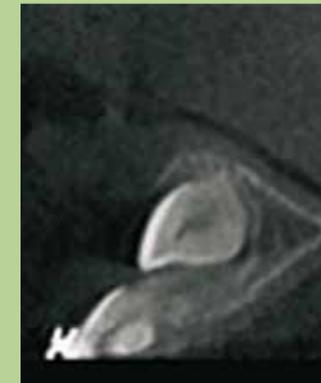
## APLICACIONES CLÍNICAS EN EL MÁSTER DE ORTODONCIA DE LA URJC



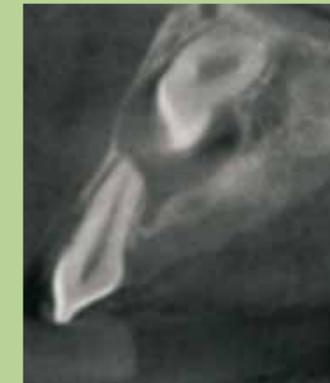
**CASO 1. DIAGNÓSTICO DE CANINOS INCLUIDOS:** VALORAR LA VIABILIDAD PARA TRACCIÓN ORTODÓNICA Y MANEJO DEL CASO A TRAVÉS DE VISUALIZACIÓN DE VOLÚMENES RECONSTRUIDOS, QUE NOS PERMITEN ANALIZAR LA RELACIÓN DE LAS PIEZAS INCLUIDAS CON LAS ESTRUCTURAS ADYACENTES. EN LA IMAGEN SE OBSERVA LA INCLUSIÓN DE UN CANINO SUPERIOR Y LA DESVIACIÓN DE LA CORONA DEL MISMO HACIA LA LÍNEA MEDIA.



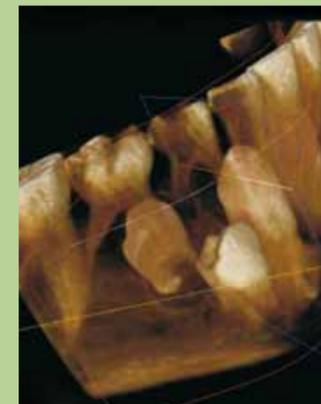
**CASO 4. DIENTES ECTÓPICOS Y PACIENTES CON NECESIDAD DE EXTRACCIONES ORTODÓNCICAS:** VALORAR LA EXTRACCIÓN DE UN GERMEN DENTARIO MAL POSICIONADO CON REMOTAS POSIBILIDADES DE ERUPCIÓN COMO ALTERNATIVA A LA EXODONCIA TERAPEÚTICA POR MOTIVOS ORTODÓNCICOS DE UNA PIEZA ERUPCIONADA CORRECTAMENTE. EN LA IMAGEN SE PUEDE OBSERVAR EL GERMEN DEL SEGUNDO PREMOLAR CON UNA MALPOSICIÓN EVIDENTE.



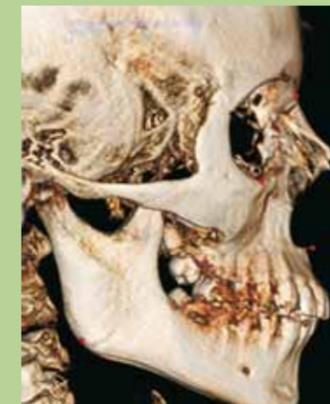
**CASO 2. TRANSPOSICIONES DENTALES:** EVALUAR LA POSICIÓN REAL DE LA PIEZA EN LOS TRES EJES DEL ESPACIO (AXIAL, SAGITAL Y CORONAL), VISUALIZANDO MEDIANTE CORTES LA AFECTACIÓN DE DIENTES VECINOS, TAL COMO REABSORCIONES Y LA PRESENCIA O AUSENCIA DE CORTICAL ÓSEA. EN LA IMAGEN SE OBSERVA UN CORTE SAGITAL DE UNA TRANSPOSICIÓN CON AUSENCIA DE CORTICAL VESTIBULAR, HACIENDO INVIABLE SU REUBICACIÓN EN LA ARCADA.



**CASO 5. DIAGNÓSTICO DE REABSORCIONES RADICULARES:** LAS IMÁGENES DE CORTES MULTIPLANARES NOS PERMITEN DETECTAR REABSORCIONES RADICULARES PREVIAS AL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA DE ETIOLOGÍA VARIADA, ASÍ COMO LAS PRODUCIDAS POR COMPLICACIONES DURANTE EL PROPIO TRATAMIENTO. EN LA IMAGEN SE PUEDE OBSERVAR UNA REABSORCIÓN DEL TERCIO APICAL DEL INCISIVO LATERAL SUPERIOR, ORIGINADA POR LA PRESENCIA DE UN CANINO SUPERIOR IMPACTADO.



**CASO 3. ALTERACIONES EN LA GUÍA DE ERUPCIÓN:** VALORAR EL TIPO Y SEVERIDAD DE LA ALTERACIÓN, ASÍ COMO LA CAUSA DE LA MISMA. EN LA IMAGEN SE OBSERVA UNA ALTERACIÓN EN LA ERUPCIÓN DEL SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR CAUSADA POR UNA DEFICIENTE REABSORCIÓN DE SU PREDECESOR TEMPORAL, CON CONSECUENTE PÉRDIDA DE LA GUÍA ERUPTIVA.



**CASO 6. CEFALOMETRÍA TRIDIMENSIONAL:** EL ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO DE LAS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS CRÁNEO-DENTO-FACIALES DE NUESTROS PACIENTES "TRIDIMENSIONALES", SON CLAVE PARA UN DIAGNÓSTICO PRECISO Y UNA PLANIFICACIÓN CORRECTA DEL TRATAMIENTO, ASÍ COMO UNA EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS OBTENIDOS DURANTE EL MISMO. CON EL USO DE LA TECNOLOGÍA CBCT LOGRAMOS SUPERAR LAS LIMITACIONES DE LA CEFALOMETRÍA CONVENCIONAL "BIDIMENSIONAL", COMO LA MAGNIFICACIÓN, DISTORSIÓN Y LA SUPERPOSICIÓN DE ESTRUCTURAS. EN LA IMAGEN SE APRECIA LA LOCALIZACIÓN DE PUNTOS CEFALOMÉTRICOS 3D SOBRE UN VOLUMEN RECONSTRUIDO PARTE DE UNA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN QUE ESTAMOS REALIZANDO EN NUESTRO DEPARTAMENTO.

manejo de dientes incluidos<sup>14</sup>, el diagnóstico y análisis de reabsorciones radiculares<sup>20</sup> o su uso como guía en la colocación de microtornillos o miniimplantes<sup>18</sup>. El campo de la cefalometría se está viendo influenciado también por esta tecnología ofreciendo imágenes bi y tridimensionales aptas para la localización de puntos y posterior diagnóstico del paciente<sup>21,22</sup>.

**Toma del Registro:**

En el Máster de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid (URJC), empleamos el aparato CS 9000 3D Extraoral Imaging System (Carestream Dental®) localizado en la Clínica Universitaria. Este presenta un campo de visión o FOV (*Field of View*) de 50 x 37,5 mm. En el caso de necesitarse un mayor campo de visión es posible combinar tres volúmenes de captación colindantes para unirlos informáticamente formando un campo mayor, técnica conocida como *stitching*. Las imágenes obtenidas son isotrópicas con una resolución de tamaño de voxel de 0,076 milímetros.

El arco o pórtico del aparato soporta la fuente de rayos X giratoria en posición antagónica al detector, este sistema

se llama *gantry* y gira alrededor de la cabeza del paciente, capturando así una imagen volumétrica de la misma. Para obtener un buen posicionamiento del paciente el diseño del tomógrafo es abierto, la sistemática cara a cara de la unidad permite colocar al paciente de forma rápida y simple. Dos haces láser ayudan a situar correctamente al paciente, mientras que un reposa-barbillas, los soportes laterales y el bloque de mordida garantizan su estabilidad ●

**BIBLIOGRAFÍA**

1. van Vlijmen OJ, Maal T, Bergé SJ, Bronkhorst EM, Katsaros C, Kuijpers-Jagtman AM. A comparison between 2D and 3D cephalometry on CBCT scans of human skulls. *Int J of Oral and Maxillofac Surg*. 2010;39:156-60.
2. Hounsfield GN. Nobel Award address: computed medical imaging. *Med Phys*. 1980;7:283-90.
3. Sukovic P, Brooks S, Perez L, Clinthorne NH. DentoCAT™ – A novel design of a cone beam CT scanner for dentomaxillofacial imaging: introduction and preliminary results. *Proc CARS* 2001;659-64.
4. Mozzo P, Procacci C, Tacconi A, Martini PT, Andreis IA. A new volumetric CT machine for dental imaging based on the cone-beam technique: preliminary results. *Eur Radiol*. 1998;8:1558-64.
5. Arai Y, Tammisalo E, Iwai K, Hashimoto K, Shinoda K. Development of a compact computed tomographic apparatus for dental use. *Dentomaxillofac Radiol*. 1999;28:245-8.
6. Kamburoğlu K, Kolsuz E, Kurt H, Kılıç C, Özen T. Accuracy of CBCT measurements of a human skull. *J Digit Imaging*. 2011;24:787-93.
7. Cattaneo PM, Bloch CB, Calmar D, Hjortshøj M, Melsen B. Comparison between conventional and cone-beam computed tomography-generated cephalograms. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2008;134:798-802.
8. Lagravère MO, Major PW, Carey J. Sensitivity analysis for plane orientation in three-dimensional cephalometric analysis based on superimposition of serial cone-beam computed tomography images. *Dentomaxillofac Radiol* 2010;39:400-8.
9. Zhang Z, Qu X, Li G, Zhang Z, Ma X. The detection accuracies for proximal caries by cone-beam computerized tomography, film, and phosphor plates. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2011;111:103-8.
10. Noujeim M, Prihoda TJ, Langlais R, Nummikoski P. Evaluation of high-resolution cone beam computed tomography in the detection of simulated inter-radicular bone lesions. *Dentomaxillofac Radiol* 2009;38:156-62.
11. Christiansen R, Kirkevang LL, Gotfredsen E, Wenzel A. Periapical radiography and cone beam computed tomography for assessment of the periapical bone defect 1 week and 12 months after root-end resection. *Dentomaxillofac Radiol* 2009;38:531-36.

12. Wang Y, Zheng QH, Zhou XD, Tang L, Wang Q, Zheng GN, Huang DM. Evaluation of the root and canal morphology of mandibular first permanent molars in a western Chinese population by cone-beam computed tomography. *J Endod* 2010;36:1786-9.
13. Walter C, Krastl G, Izquierdo A, Hecker H, Weiger R. Replantation of three avulsed permanent incisors with complicated crown fractures. *Int Endod J* 2008;41:356-64.
14. Guerrero ME, Shahbazian M, Elsiens Bekkering G, Nackaerts O, Jacobs R, Horner K. The diagnostic efficacy of cone beam CT for impacted teeth and associated features: a systematic review. *J Oral Rehabil* 2011;38:208-16.
15. Ganz SD. Defining new paradigms for assessment of implant receptor sites. The use of CT/CBCT and interactive virtual treatment planning for congenitally missing lateral incisors." *Compendium of Continuing Education in Dentistry* 2010; 29:256-58.
16. Farronato G, Garagiola U, Carletti V, Cressoni P, Mercatali L, Farronato D. Change in condylar and mandibular morphology in juvenile idiopathic arthritis: Cone Beam volumetric imaging. *Minerva Stomatol* 2010;59:519-34.
17. Brooks SL. CBCT Dosimetry: Orthodontic Considerations. *Seminars in Orthodontics* 2009;15:14-8.
18. Kapila S, Conley RS, Harrell Jr WE. The current status of cone beam computed tomography imaging in orthodontics. *Dentomaxillofac Radiol* 2011;40:24-34.
19. Smith BR, Park JH, Cederberg RA. An evaluation of cone-beam computed tomography use in postgraduate orthodontic programs in the United States and Canada. *J Dent Educ* 2011;75:98-106.
20. Liu D, Zhang W, Zhang Z, Wu Y, Ma X. Localization of impacted maxillary canines and observation of adjacent incisor resorption with cone-beam computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 105:91-98.
21. Schlicher W, Nielsen I, Huang JC, Maki K, Hatcher DC, Miller AJ. Consistency and precision of landmark identification in three-dimensional cone beam computed tomography scans. *Eur J Orthod* 2012;34:263-75.
22. Hassan B, Nijkamp P, Verheij H, Taire J, Vink C, van der Stelt P, van Beek H. Precision of identifying cephalometric landmarks with cone beam computed tomography in vivo. *Eur J Orthod*. 2013;35:38-44.



Más de



años y más fuertes que nunca

**Sensores RVG Carestream Dental para un rendimiento duradero de imágenes intraorales**

Hace más de 30 años creamos e introducimos el sensor RVG en el mercado; desde entonces, cada sensor que fabricamos es incluso más resistente que el anterior. Ahora, por un tiempo limitado, cada RVG que compre incluirá nuestro exclusivo icono de 30 años y una garantía de 5 años.

- Generación de la imagen instantánea de alta calidad con una resolución real de hasta >20 pl/mm.
- Resistente al agua y totalmente sumergible para un control óptimo de infecciones y una mayor durabilidad.
- Cable flexible y resistente, diseñado y probado para aguantar una fuerte tracción y torsión.
- Carcasa resistente a los golpes y relleno de silicio para una protección adicional a prueba de caídas, mordeduras y otros daños.
- CARE-PROTECT adicional que ofrece una garantía de 5 años y tranquilidad para todos los clientes.



Descúbralo aquí [carestreamdental.es](http://carestreamdental.es) o llame al 00 800 4567 7654

© Carestream Health, 2013. \*Disponible a través de los distribuidores participantes solo por un tiempo limitado (válido del 1 de marzo al 31 de diciembre de 2013). RVG es una marca comercial de Carestream Health.



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

## El consentimiento informado en odontología (I): Su obligatoriedad y las tesis judiciales ante su incumplimiento

EN TRIBUNA: JAVIER RELINQUE

El llamado **consentimiento informado** ha sufrido una profunda transformación en los últimos años, la cual ha revolucionado de forma notable el campo sanitario. Si se toma como punto de partida la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante Ley 41/2002), el consentimiento informado se define como *la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud*. De esta definición extraemos que resultan básicos dos componentes: el consentimiento y la información previa y adecuada, la cual es un pilar de la libertad.

Pero esta definición contiene conceptos jurídicos indeterminados que han requerido una cumplimentación legal, doctrinal y jurisprudencial para su concreción. A modo de ejemplo, nos encontramos con el término *"información adecuada"*, el cual requiere, sin duda, un mayor acotamiento en cuanto a su contenido, dado que tanto el artículo 4 como el artículo 8 de la referida Ley se refieren a éste de forma genérica. Es decir, ¿qué es adecuado?

Así, el artículo 8 de la Ley 41/2002, establece que *"toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita la información prevista en el art. 4..."*, artículo que, por su parte, se limita a reconocer el derecho a la información asistencial, pasando de puntillas por el contenido mínimo de la misma, a saber, *"la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias"*.

En cualquier caso, de ambos preceptos se puede extraer la obligatoriedad imperativa e inexcusable de la suscripción de un consentimiento previo y adecuadamente informado.

Para que nos demos cuenta de la importancia de la cuestión, esta obligatoriedad del consentimiento informado ha sido reconocida tanto por el Tribunal Supremo como por el Constitucional, como un elemento esencial de la *"lex artis"* (STS 23 de julio 2003, STS 21 de diciembre de 2005, entre otras), invocándose incluso como parte del contenido de nuestra Constitución en sus artículos 1.1 –la libertad como valor superior de nuestro Estado social y democrático de Derecho–, art.9.1 –respeto a la ley–, art.10.1 –derechos de la persona– y art.15 –derecho a la integridad física y moral–, considerándose este derecho vulnerado, al entenderse que la falta de consentimiento informado convierte a la intervención quirúrgica en una imposición limitadora del mismo. Reconocimiento éste, además, que ha traspasado las fronteras siendo asimilado por Convenios Internacionales, y de forma destacada, por la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

En consecuencia, se puede concluir que las personas tienen derecho a conocer el diagnóstico de su enfermedad y sus consecuencias, los posibles tratamientos y sus efectos, y ello con la finalidad de que puedan decidir libremente si consenten o no someterse al tratamiento médico, propuesto (STS 2 julio 2002).

Hasta el año 2009, la falta de consentimiento informado era para el Tribunal Supremo constitutiva de una mala praxis específica –o ad hoc–, pero que no conllevaba responsabilidad patrimonial por sí misma del acto médico, si de éste no se derivaba un daño acreditable por parte del paciente. En esta línea, sentencias como la de 26 de febrero de 2004, 9 de noviembre de 2005, 4 de abril de 2006, 16 de octubre de 2007, etc. fijaban el criterio en estos términos: *"la falta de consentimiento informado constituye una mala praxis ad hoc(...)"*, si bien, *"tal mala praxis no puede per se dar lugar a responsa-*

*"Hasta el año 2009, la falta de consentimiento informado era para el Tribunal Supremo constitutiva de mala praxis"*



### congreso

Dr. RAÚL G. CAFFESSE

Dr. ARITZA BRIZUELA

Dr. ALBERTO GÓMEZ

Dr. PEDRO J. LÁZARO

Dr. ALFREDO MACHÍN

Dr. NORBERTO MANZANARES

### taller

Regeneración tisular y ósea guiada, técnica y enfoque actual.

Dr. CLAUDIO GIOIA

Dr. ALFREDO ARAGÜÉS

DR. GORKA IZA

### evening event

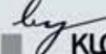
RAMSES.

14 de Septiembre 2013

# bone & tissue day Madrid

Sede  
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MADRID  
Santa Isabel, 51. 28012 Madrid

Secretaría Técnica  
SANDRA PÉREZ  
formacion@klockner.es  
Tel. 902 900 973

Colabora  Klockner®  
implant system



Innovation  
Regeneration  
Aesthetics

science

education

practice



bilidad patrimonial si del acto médico no se deriva daño alguno para el recurrente(...).”

Dicho criterio jurisprudencial no gustaba ni a médicos ni a pacientes. A éstos últimos, por centrarse en los daños materiales o morales acreditables por parte del paciente, soslayando a priori el verdadero derecho a proteger cuál es el derecho de información asistencial recogido en el art. 4 de la Ley 41/2002; y a los primeros, en tanto en cuanto, no toda actuación quirúrgica podía ser estudiada y planeada previamente, pudiendo derivarse de ésta, complicaciones no previstas en el consentimiento informado que requirieran la toma de decisiones en plena mesa de operaciones con el probable daño efectivo al paciente.

Ante tal descontento, y a primeros del año 2009, el Tribunal Supremo parece dar un giro más en esta materia, dando cierto respiro a la suscripción del referido consentimiento y entendiendo que *“el incumplimiento del deber legal de solicitar y obtener el consentimiento informado no da por sí sólo derecho a indemnización(...). Pese a no eximir de ciertas sanciones disciplinarias, no puede considerarse que existe derecho a indemnización si finalmente se consigue un resultado positivo, es decir, la curación del paciente”* (STS 10 de febrero 2009).

Este giro, a ojos de la doctrina específica, podría conllevar la desestimación judicial de reclamaciones donde se obtuviese un resultado positivo en beneficio del paciente, o donde sólo existiese un tratamiento posible acompañado de una correcta actuación científica, con independencia de la existencia o no del consentimiento informado.

No obstante, en nuestra opinión, esta línea jurisprudencial no debe llevarnos a engaños, y ello por dos razones fundamentales: la primera, es que se trata de una sentencia referida a un tipo de medicina en concreto, la curativa, no pronunciándose ésta sobre medicina satisfactoria, que como ya dije en otro artículo, y pese a no estar del todo de acuerdo, es la atribuida generalmente a los odontólogos por la jurisprudencia; y la segunda y no menos importante, es que este criterio actualmente no ha sido consolidado jurisprudencialmente, entrando en confrontación con los derechos vigentes del paciente, y con otras sentencias posteriores que destacan la necesidad del mismo. A título de ejemplo destacar la sentencia del Tribunal Supremo de 30 de septiembre de 2009, posterior a la anteriormente citada, la cual retoma el criterio jurisprudencial inicial, entendiendo que: *“la falta de consentimiento constituye una mala praxis ad hoc, pero que no da lugar a responsabilidad patrimonial per se si del acto médico no se deriva daño alguno para el recurrente”*. Asimismo, añade que: *“el defecto del consentimiento informado ha de considerarse como incumplimiento de la <lex artis>, revelando una manifestación de funcionamiento anormal del servicio público, siempre que se haya ocasionado un resultado lesivo como el que se ocasionó a la actora, como consecuencia de las actuaciones médicas realizadas sin tal consentimiento informado”*. Y concluye en estos términos: *“que la falta*

*de consentimiento informado sí le produjo el daño, sin duda susceptible de indemnización, de haber ignorado que la intervención que en el año 2000 se le practicó no garantizaba la resolución total del padecimiento que experimentaba y, por tanto, le privó de tomar la decisión que en uso de su autonomía y dignidad personal considerase más oportuna”*.

Centrándonos en la asistencia odontológica, los Tribunales actualmente, subrayan la suma importancia del consentimiento informado en este sector, siendo en este sentido, sumamente ilustrativas las Sentencias de la Audiencia Provincial de Madrid de 3-7-2012 y 11-3-2013, las cuales intensifican la necesidad del consentimiento informado en la medicina satisfactoria, incluyendo en este marco a la Odontología, y resaltan los aspectos fundamentales de su contenido y forma, el cual trataré en el próximo artículo con algunos ejemplos prácticos (menores, extranjeros, incapacitados mentales, etc).

Concluiré estas líneas, aconsejando de forma imperativa la suscripción de un consentimiento informado previo, para cualquier actuación que afecte a la salud de un paciente, principalmente se se trata de una actuación odontológica •

“**La obligatoriedad del Consentimiento Informado ha sido reconocida, tanto por el Tribunal Supremo, como por el Institucional**”

EN CASO DE PRECISAR ACLARACIÓN, PUEDEN DIRIGIR SUS CONSULTAS A ESTA DIRECCIÓN: [JRR@IVB.ES](mailto:JRR@IVB.ES)

## ABIERTO PLAZO DE INSCRIPCIÓN

# 2013-2014

## ¡NO TE QUEDES SIN PLAZA!

MÁS DEL 80% DE  
**PRÁCTICA CLÍNICA**  
SOBRE PACIENTES

**UIC** Universitat  
Internacional  
de Catalunya

### MÁSTERES UNIVERSITARIOS

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

### MÁSTERES PROPIOS

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

### MÁSTERES ONLINE

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

### RESIDENCIAS CLÍNICAS

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

### DIPLOMAS DE POSTGRADO

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

### INFORMACIÓN Y ADMISIONES

Sra. Patricia Pujol  
[infodonto@uic.es](mailto:infodonto@uic.es)  
[www.uic.es](http://www.uic.es)  
telf: 93. 504. 20. 00  
c/ Josep Trueta s/n  
08195 San Cugat del Vallès  
Barcelona, España



[DOCTOR  
EN ODONTOLOGÍA  
CONSULTOR HEXAGONAL  
TRAINING]

## Rentabilidad y beneficios: ¿son importantes en la empresa sanitaria?

EN TRIBUNA: JAVIER LOZANO ZAFRA

La respuesta a la pregunta que da título a este primer apartado de un nuevo artículo sobre gestión en odontología no podía ser más clara: SÍ, la rentabilidad y los beneficios son importantes en toda empresa sanitaria, a pesar, incluso, de la actual situación económica en España.

Y la situación general no debe condicionarnos, o limitarnos, o arredrarnos, por una sencilla razón: porque hay muchas circunstancias particulares que están siendo positivas para los propietarios de clínicas dentales, cuya facturación está creciendo de forma exponencial, porque existen cadenas de clínicas que están aprovechando la reducción de precios de locales y equipamientos para hacer nuevas inversiones, porque hay modelos que funcionan y dan beneficios... y porque cualquier clínica, con un adecuado esquema empresarial, puede resultar un modelo de éxito.

De ahí que cada vez sea más importante medir la rentabilidad de las clínicas dentales, algo que hace unos años estaba casi garantizado por la escasa competencia, y que hoy debe tenerse muy en cuenta, y valorarse en función de aquellos parámetros que hacen que nuestro trabajo produzca beneficios o pérdidas:

- costes fijos
- costes variables
- tarifa de precios

### Los costes fijos, o qué cuesta 'abrir la puerta'

El control de los costes fijos es importante para asegurar una estabilidad en nuestras cuentas, independientemente de las fluctuaciones de pacientes que tienen lugar anualmente, o de la situación general de recesión económica, a fin de no comprometer nuestra liquidez diaria.

Entendemos por costes fijos aquellos que no dependen de una actuación concreta, sino que son obligados mes a mes, como la luz, el alquiler, la amortización de la inversión en equipamientos... En muchos casos, los profesionales consideran (con razón), que no pueden reducirse esos gastos, puesto que es imposible 'negociar' con las compañías eléctricas, o ajustar un sueldo fuera de convenio, por ejemplo. Sin embargo, es importante tener distintos aspectos en cuenta a la hora de valorarlos.

### Supuesto práctico:

- Clínica con 200.000 euros de gastos anuales
- 4.000 horas anuales de atención dental (1.000 por sillón)
- Coste de la hora por sillón: 50 euros

En base a lo anterior, encontramos hechos como los siguientes:

- Cerrar la clínica un mes por vacaciones incrementa el precio de hora de sillón un 8,3% (54,1€).
- Los tratamientos 'gratuitos', que consumen horas de sillón, son en realidad un coste importante que debe valorarse de cara a la toma de decisiones (como trabajar o no con una aseguradora).
- Debemos potenciar la realización de tratamientos 'por cuadrantes', con la misma anestesia, porque la rentabilidad desciende si tratamos una única pieza por sesión, al aumentarse el tiempo de sillón, pero no los ingresos.



Además de eso, si contamos que el gasto fungible por paciente (guantes del profesional y su auxiliar, baberos, servilletas, eyectores de saliva) es, dependiendo de nuestros criterios de compras, de 1,5€, tendremos que valorar los siguientes aspectos:

- Una revisión tiene un coste de 26,5€, de tiempo de sillón y material fungible, que podremos cobrar o

# QUIERE FINANCIACIÓN FÁCIL? PARA SUS PACIENTES

www.fincliniks.com

info@fincliniks.com

infórmese en  
**918 291 241**



**FINCLINIKS**  
FINANCIACIÓN CLÍNICA

no al paciente, pero que tendremos que tener en cuenta en nuestra política comercial

- Lo mismo que lo anterior, aplicable a una visita de urgencia, o una retirada de puntos de sutura

De este modo, vemos como, ante unos gastos fijos muy ajustados, en ocasiones no podremos recortar, pero sí tendremos que plantearnos repercutirlos a nuestros pacientes en forma de cobro de una visita, una radiografía... puesto que, de lo contrario, podremos incurrir en pérdidas, de forma análoga a lo que ahora hacen las administraciones públicas con la creación de nuevas tasas por servicios que se prestan al ciudadano, y que antes tenían carácter gratuito.

**Los costes variables: un campo con gran trabajo**

Al hablar de coste variable nos referiremos a los que dependan de nuestra actividad en clínica: si hay tratamientos a realizar habrá más costes de material adquirido a depósitos, laboratorios protésicos... algo que tradicionalmente no ha sufrido recortes, y que en los últimos tiempos se presta más a negociaciones con nuestros proveedores para reducir sus tarifas, a fin de seguir trabajando con ellos y mantener los niveles de calidad prestados hasta el momento.

Esto puede llevarse a cabo negociando 'rappels' con nuestros depósitos más habituales, comprometiéndonos con distribuidores de casas de implantes o material de ortodoncia a trabajar con ellos de forma exclusiva, para obtener bonificaciones de un 30 ó 40%, o planteando con nuestros laboratorios de confianza unas tarifas personalizadas a nuestra práctica clínica diaria.

En cualquier caso, se trata de un aspecto que debemos cuidarnos de realizar manteniendo siempre los niveles de calidad de los materiales con los que trabajamos, siendo preferible acudir a consultores especializados en gestión dental para definir qué estrategias comerciales implementar.

**Las tarifas: ¿por qué no subirlas?**

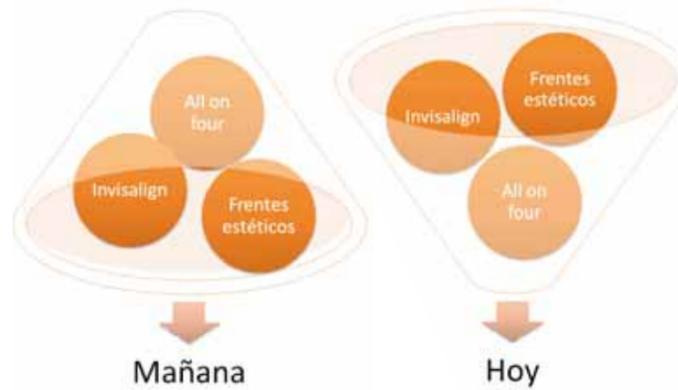
El último de los factores que configuran la rentabilidad de cualquier actividad empresarial es, como apuntábamos al inicio de este artículo, el precio de los tratamientos.

En muchos casos, y tras un profundo análisis de consultoría, encontramos que algunas clínicas han trabajado durante años con márgenes de un 1 ó 2% sobre el total de la facturación, algo que, en cuanto ha descendido la actividad clínica, ha supuesto entrar en pérdidas o trabajar sin apenas rentabilidad.

Es por ello que, en ocasiones subir las tarifas, y ajustarlas a nuestra realidad de costes, es la única forma de hacer viable una clínica dental, algo que puede y debe hacerse de forma ordenada, y que no debe significar una reducción significativa del número de nuestros pacientes, sino que debe enfocarse como una mejora de la calidad que éstos van a recibir.

Además de ello, una política de ventas y cierre de planes de tratamiento definida por expertos en la materia, conseguirá que aumentemos el precio del 'tratamiento

medio", de forma que aumentemos la facturación, incluso sin subir los precios, simplemente haciendo ver a nuestros pacientes las ventajas de tratamientos más seguros y estables a largo plazo, que puedan suponer un mayor desembolso inicial, pero también una mayor durabilidad de los tratamientos •



UNA ESTRATEGIA PARA INVERTIR LA TENDENCIA QUE TENEMOS 'HOY', Y AUMENTAR EL EMBUDO DE TRATAMIENTOS MÁS SOFISTICADOS NOS AYUDARÁ A INCREMENTAR 'MAÑANA' LA FACTURACIÓN DE LA CLÍNICA

# PUNTEX

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



**PUNTEX**  
www.puntex.es

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



# Praga,

una joya  
en el corazón  
de la vieja  
Europa

A orillas del río Vltava (Moldava), se levanta Praga, la ciudad más importante de la República Checa, su centro político, económico y cultural.

**C** Con su extensa historia y su especial ubicación entre oriente y occidente, Praga ha desarrollado un carácter único, mezcla de culturas y tradiciones, que le confieren una armonía esencial y un escenario natural difícil de encontrar en otra ciudad del mundo. Hoy en día, es una ciudad de gran interés para el turista, gracias a la maravillosa conjunción arquitectónica de sus edificios, sus lugares únicos y una herencia que liga a grandes artistas del mundo de la literatura, la música, y la cultura en general, con su pasado y su presente.



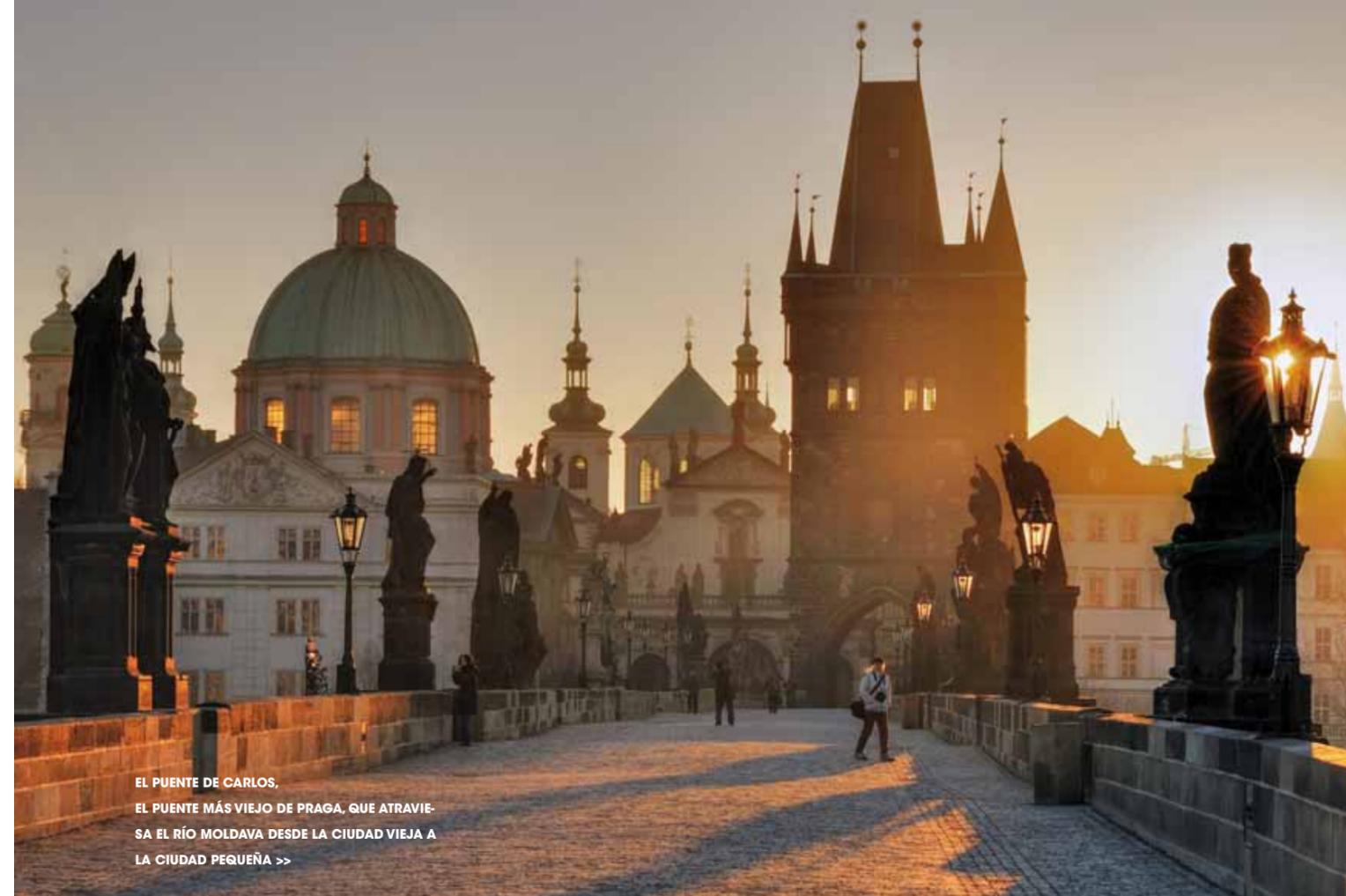
### Monumentos y barrios únicos

Se distinguen en Praga zonas claramente diferenciadas, que se han ido desarrollando en torno al centro histórico: la Ciudad Vieja, Malá Strana (Parte Pequeña), Hradcany (el Castillo), la Ciudad Nueva, Vysehrad y Velká Praha (la Gran Praga). También destaca con una identidad propia el barrio Josefov, la Ciudad Judía, con sus sinagogas, la mayor parte pertenecientes al Museo Judío, y el Viejo Cementerio Judío. A Josefov llegan visitantes de todo el mundo para recordar a las víctimas de las persecuciones nazis.

**La Ciudad Vieja** ha sido desde el siglo IX el escenario de los intercambios comerciales, el centro del mercado. Aquí podemos encontrar, en la Plaza de la Ciudad Vieja, el reloj astronómico del Ayuntamiento, una de las joyas de la ciudad. También la Iglesia de Sv. Jakub, y uno de los edificios góticos más significativos de la ciudad, el Templo de Týn. Pero lo más representativo, sin duda, de este barrio son sus casas, edificios barrocos y góticos cuyas fachadas muestran la riqueza de antiguas familias de nobles, artesanos y mercaderes. Entre ellas se encuentra la casa donde residió Franz Kafka durante muchos años. Por las calles de la Ciudad Vieja también paseaba otro célebre personaje, Mozart, en la que fuera llamada la Praga Dorada.

El Puente de Carlos comunica la Ciudad Vieja con el barrio de la Malá Strana, una hermosa zona que se extiende a

LA CASA DANZANTE, UN FAMOSO EDIFICIO DECONSTRUCTIVISTA DE 1997. POR SU SEMEJANZA CON UNA PAREJA DE BAILARINES ES TAMBIÉN CONOCIDO COMO "GINGER Y FRED"



EL PUENTE DE CARLOS.  
EL PUENTE MÁS VIEJO DE PRAGA, QUE ATRAVIE-  
SA EL RÍO MOLDAVA DESDE LA CIUDAD VIEJA A  
LA CIUDAD PEQUEÑA >>

los pies del Castillo de Praga. El barrio fue prácticamente destruido en 1541, y tuvo que ser reconstruido casi por completo. En sus alrededores se encuentran muchos palacios, hoy en día sedes diplomáticas en su mayoría, y los lugares más visitados son la Iglesia de San Nicolás, de estilo barroco, y la Iglesia de Nuestra Señora de la Victoria, donde se encuentra el famoso Niño Jesús de Praga.

**Hradcany** es otro barrio en los alrededores del hrad (el castillo). Su plaza está rodeada de palacios, el más importante, el Schwarzenberk, de estilo renacentista, alberga hoy el Museo de Historia Militar. También en la plaza, el Palacio Sternberk se ha reconvertido como Galería Nacional. En este barrio se encuentra uno de los lugares más importantes de peregrinación de República Checa, el Loreto, en el que se ubican una iglesia, varias capillas y otros edificios religiosos.

**La Ciudad Nueva**, fundada por Carlos IV, alberga numerosos conventos, monasterios, iglesias y plazas. La plaza más grande es la Plaza Wenceslao, donde se celebran múltiples espectáculos y

actividades al aire libre. En esta parte de Praga, a orillas del Vltava (Moldava), se encuentra la Casa Danzante, obra de los arquitectos Frank O. Gehry y Vlado Milunic, inspirado en la falda de cristal de Ginger Rogers.

Cerca de **la Ciudad Vieja** se encuentra el barrio de Vysehrad, que fue durante los siglos XI y XII sede de los príncipes checos. Los restos de la fortaleza se han conservado hasta nuestros días. Aquí se encuentra la Iglesia de San Pedro y San Pablo, una de las más célebres de Praga, y el cementerio de Vysehrad, donde descansan más de 600 personalidades checas, pintores, escultores, compositores y científicos. Los antiguos monumentos que se levantan en los alrededores contrastan con tres edificios cubistas construidos entre los años 1911 y 1913.

**Velká Praha**, la Gran Praga, es un conjunto de localidades que fueron absorbidas poco a poco por la ciudad, a medida que iba creciendo. Algunos de estos pequeños pueblos eran casi tan antiguos como la misma Praga, como por ejemplo Brevnov, Dejvice y Smíchov.



ARRIBA: VISTA NOCTURNA DEL PUENTE  
CARLOS

Así, Velká Praha es un compendio de barrios periféricos, cada vez más poblados, puesto que la ciudad, como capital, atrae a un ingente número de habitantes procedentes del campo o de otras regiones menos desarrolladas. Algunos de estos barrios son Vinohrady, Vrsovice, Zizkov, Letná, Holesovice, Dejvice, Smíchov, Brevnov, Liboc, Výstaviste o Barrandov. En la Gran Praga se encuentran hermosas edificaciones como el Veletržní Pálac, que recoge obras de la Národní Galerie, del arte francés de los siglos XIX y XX, o la Zámek Troja, la Villa de Troja, la primera del barroco praguense, construida por encargo de W. Adalbert Stenberg en 1679, y utilizada como residencia durante años por la aristocracia checa. También aquí se ubica el aeropuerto de Praha – Ruzyně.

#### Arquitectura moderna en Praga

El recorrido por la Praga más moderna nos deja imágenes de modernos edificios que marcan el carácter de una ciudad que mira al futuro.

#### “Danzing Building”: El edificio danzante

Este edificio, metafóricamente llamado “casa danzante”, (ya que la fachada simula la figura de Fred Astaire y Ginger Rogers), fue construido por el célebre arquitecto Frank O. Gehry. En cierto modo, presenta una estructura única, que impresiona por su inusual archi-

tectura deconstructiva, pero, al mismo tiempo, guarda relación con los edificios conocidos en el barrio como “Casas en el 2000”.

#### La Casa Municipal (1903 - 1912)

Este edificio multifuncional, generalmente clasificado como Art Nouveau, tiene una gran importancia en la ciudad, sólo comparable al edificio del Teatro Nacional. Durante el último período del Imperio Austro – Húngaro, este edificio pretendía ser un ejemplo de la cultura checa, aunque es innegable la tradicional influencia de los palacios neo-renacentistas y neo-barrocos franceses en su estructura. La mezcla de elementos ornamentales de alta calidad en estilo Art Nouveau, así como la racionalidad de las partes más funcionales, menos representativas del edificio, junto con pinturas y esculturas de artistas checos, hacen de este edificio una de las obras más atractivas y notables de la arquitectura de Praga del siglo XX.

#### Galería Nacional de Praga (1924 - 1928)

Es uno de los primeros edificios del arte moderno, que sorprende por sus grandes dimensiones y su concepto general; la idea original planeaba construir un área completa con varios edificios como éste. El bloque cerrado, conformado por dos edificios, representa el resultado del espíritu racional y la concepción de la



ARRIBA: RELOJ ASTRONÓMICO DE  
PRAGA

ABAJO IZQDA: IGLESIA DE NUESTRA  
SEÑORA EN FRENTE DEL TÝN

ABAJO DCHA: VISTA GENERAL DE LA  
CIUDAD VIEJA DE PRAGA



vida moderna, correspondiente a definiciones avant-garde, que tuvieron un especial impacto social.

#### La Vía Müller (1928 - 1930)

La villa Müller es la obra más famosa del célebre arquitecto Adolf Loos, diseñada junto con el profesor Karel Lhota. Ingeniosa, construida en diferentes niveles, esta obra comprende toda la experiencia adquirida por el autor durante su estancia en los Estados Unidos y en sus previos diseños de casas familiares en Montreux-Clarens, Viena y Plzen •

# “La Caza”

El daño de una infamia

“ *La sombra de la duda puede ser mayor castigo que cualquier otra condena* ”

**T**ras un divorcio difícil, Lucas, un educador infantil de cuarenta años, ha encontrado una nueva novia, un nuevo trabajo y se dispone a reconstruir su relación con Marcus, su hijo adolescente.

Pero, un día, su vida en fase de reconstrucción se desmorona. El comentario de una inocente niña, hija de su mejor amigo, condena la existencia de un buen hombre, su dignidad y honorabilidad. El germen de la infamia tiene un poder viral que corre como la pólvora. La sociedad que le rodea le juzga sin miramientos, la sombra de la sospecha se convierte en el arma más poderosa.

“*La caza*” es un duro melodrama que muestra la fuerza de una mentira inocente, bajo la que subyace la gran incógnita de uno de los temas que hoy en día más preocupan a nuestra sociedad, la pederastia. El argumento se centra en una gran cuestión, ¿puede mentir un niño? Y más si cabe, ¿cómo puede creer toda una comunidad la afirmación de una pequeña que ya ha dado muestras de gran imaginación, y que parece vivir en su propio mundo particular, ante la indiferencia de sus padres?

La película emplea una de las tradiciones que en esta zona del mundo pasa de padres a hijos, la caza, para hacer una metáfora de la suerte del personaje principal. Tras la infamia él es la víctima de esa “caza” social.

“*La caza*” repite un esquema argumental, ya empleado en el cine, por alguno de los grandes clásicos, como William Wyler y su película “*La calumnia*” (1961). En este caso, el film danés, ahonda en los aspectos de este tipo de situaciones en entornos pequeños y cerrados, apoyado en dos interpretaciones impresionantes, el actor Mads Mikkelsen, ya conocido por alguna súper-producción hollywoodiense, como “*Casino Royale*” y la pequeña Annika Wedderkopp, absolutamente creíble, con una actuación tan natural y espontánea que es difícil cuestionar.

El film, que invita a una profunda reflexión, cosechó algunos prestigiosos galardones en 2012, como el premio al mejor actor en la pasada edición del Festival de Cannes, y el Premio Bafta a la mejor película de habla no inglesa •

IMÁGENES CEDIDAS POR GOLEM DISTRIBUCIÓN  
WWW.GOLEM.ES



# El Doncel de Sigüenza

*La estatua seguntina, icono mundial de la lectura (por Javier Sanz Serrulla)*

Vedla ahí. Sin duda, la estatua más bella en su género. Un joven guerrero recostado en un haz de laureles, la capa sobre los hombros y hacia atrás, la cruz de Santiago sobre su pecho y en sus manos un libro que algunos dicen será la Biblia. Puede. A sus pies un pajecillo se lamenta de la muerte de su señor. Todo es simbología, pero simbología velada por la elegancia de la escultura, sin duda –insistimos a coro con los historiadores del arte que la han tasado– la más bella del mundo entre las estatuas funerarias.

“Nadie sabe quién es el autor de esta escultura. Por un destino muy significativo, en España todo lo grande es anónimo”, dijo nada menos que don José Ortega y Gasset. Y se quedó tan ancho, como si nada supiéramos de la autoría de todo cuanto, material o espiritual, nos ha precedido en este solar ibérico, tierra de conejos, piel de toro cuarteada al sol inquisidor de agosto. La frase del filósofo, y una tras otra cada una de las que firmó o se le atribuyeron, hicieron, cómo no, fortuna. Y con Ortega se llegaron a Sigüenza otros tantos eruditos atraídos por la estatua alabastrina que descansa en la capilla de San Juan y Santa Catalina, en el brazo corto de la catedral que mira al mediodía. Ahí, recogida en un arco elegante, cumple primero años y ahora siglos, más de cinco, mientras los historiadores siguen todavía el rastro del escultor que pudo ser y tensando el arco los

poetas se conforman con echar al aire sus rimas. ¿Quién llegará más alto?

“Yo vengo por tu sombra requerido/Doncel de la romántica melena/de voz sin timbre y corazón transido.” Rafael Alberti remata, media verónica, con este terceto su soneto a Martín Vázquez de Arce, que hasta ahora no hemos dicho que a este nombre respondiera El Doncel. Y como Alberti, Lorca, Unamuno, la Pardo Bazán y García Morente, y después Antonio Gala, que hará protagonista al caballero en aquella serie, “Paisaje con figuras”, cuando la televisión era televisión. Y hace cuatro días vino Andrés Trapiello por saber si era cierto cuanto había leído sobre el caballero de la melancólica figura, y que pase el siguiente. El Doncel es Sigüenza, de la misma manera que “Toda Sigüenza es Doncel”, que pusiera Sánchez Mazas negro sobre blanco.

Nunca tanta fama para tan corta biografía. Martín fallece en la Ace-

quia gorda de la vega de Granada –era julio de 1486–, al servicio del Duque del Infantado. Ha cumplido veinticinco años, quién da menos, y deja una hija de madre sólo conocida por él. Martín Vázquez muere sin saber que existe un Nuevo Continente al otro lado de un mar que parece no terminar. A este Doncel, que de alguna manera no lo es, le corta la vida el filo del sable islamita y el cuerpo rueda por tierras granadinas entre cardos y lagartos, al calor del verano. Envuelto en un sudario que es una costra de sal gorda cruza Iberia de sur a centro pues le espera la capilla familiar donde van a parar sus huesos, como después los del mecenas, don Fernando, su hermano, Obispo de Canarias, y luego los de los padres, y después los de los sobrinos. La noble familia de los Arce, recogida al fin en esa capilla noble que abrocha una reja *comme il faut*. ¿Destino? Quizá la eternidad, de momento la leyenda.

## El escudo familiar de los Arce

Quedan en Sigüenza posesiones, pocas, lacradas con el escudo familiar de los Arce en la fachada de la “Casa del Doncel”, el mejor palacio gótico de la ciudad, el palacio también de los Bedmar, que da frente a la Iglesia románica de San Vicente, patrón de invierno de esta “muy noble y fidelísima” ciudad castellana. De palacio pasó a casa vieja, muy vieja, que fue perdiendo las almenas como una bruja sus dientes, hasta que llegara la mano del mecenazgo. Hace cuatro días, la Universidad de Alcalá, que surgiera a imagen y semejanza de la Universidad de Sigüenza, puso andamios por delante y la operó por dentro y por fuera, donde un lifting le ha devuelto el atractivo. Hoy es muchas cosas, entre otras, Museo de la Vihuela y de la Guitarra, único, sí, en el país, y en sus paredes hay testigos de medio milenio y más, en forma de arcos mudéjares, de escaleras deci-

monónicas, de escudos municipales del mismo tiempo. La carcoma sufrió la puntilla en el tiempo de descuento y hoy, bien que mal, se defiende el palacio con la tiesura de la estatua, que a un tiro de ballesta es pasmo y asombro, incluso de quienes se llegan sabiendo de la hermosura del caballero.

Este palacio renacido, siempre “la Casa del Doncel” para los seguntinos, es el epicentro del casco viejo de una de las más bellas ciudades de la bendita tierra. Ciudad episcopal hasta hace cuatro días, cuando el nuevo obispo, por nombre Atilano, ha decidido romper la historia eclesiástica en cuatro trozos, y mudarse de su palacio episcopal a la capital de la provincia, ya sólo se guía por la rosa de los vientos, que parece apuntar siempre al frío del norte. Pues bien, este palacio queda, decimos, a medio camino entre el Alcázar –hoy Parador, excelente, de Turismo– y la Catedral, recital de arte, recital de historia. De

por medio, callejas de nombres cunquerianos, que si la de los Arcedianos, que si las Travesañas; plazuelas y plazas, entre ellas la Mayor, huella del Cardenal Mendoza, a la que se ingresa por la Puerta del Toril, pues que toros no podían faltar en este retal que, se quiera o sí, es España por sus cuatro, heridos, costados.

Pero regresemos por despedirla, hasta pronto, a la escultura del Doncel que es, a la espera de que llegue el certificado desde donde corresponda, Patrimonio de la Humanidad y, por encima de todas otras, es también el icono de la lectura, el que debería lucir oficialmente tal que el pasado 23 de abril, el “Día de las Letras Hispánicas.” Aunque, por un destino muy significativo, y ahora lo digo yo, en España estamos en permanente lista de espera de lo obvio. Acaso cumpliendo una de nuestras ilógicas señas de identidad •



GRAN MUESTRA DE LA OBRA DE DALÍ EN MADRID

El Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía ofrece en Madrid una gran exposición retrospectiva de la obra de Salvador Dalí, que reúne más de 200 piezas procedentes de la Fundación Gala-Salvador Dalí, el Salvador Dalí Museum de St. Petersburg, el MoMa o el Philadelphia Museum of Art.

Esta gran retrospectiva del polémico pintor se presenta con algunas novedades, desde un nuevo enfoque. Salvador Dalí fue un artista capaz de captar la atención de su entorno contemporáneo, asunto que no suele ser tan frecuente en una profesión en la que la suerte también tiene mucho que ver a la hora de hablar de éxito.

Gracias a la colaboración del museo con el Pompidou se ha conseguido reunir 200 obras que recogen las aportaciones del catalán a movimientos como el surrealismo. Sus cuadros con toques oníricos, y en los que la mente parece haberse extendido a sus anchas por todo el lienzo son, como mínimo, impactantes.

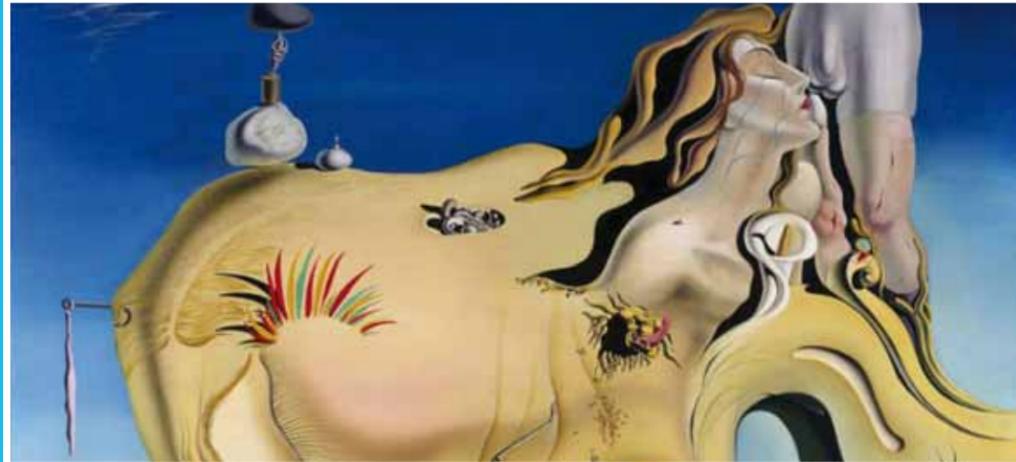
Esta exposición pretende adentrarse también en el aspecto más personal del pintor. Es imposible no tener en cuenta el particular carácter de Dalí, que influyó de forma inevitable en sus piezas. En un año en el que el Museo Reina Sofía ha apostado por el arte español, destaca esta gran muestra que ahondará en las pinturas que destacaron en su época más paranoica y con tintes ególatras.

La muestra recorre cronológicamente toda la carrera del pintor, pero se centra especialmente en su época surrealista, cuando desarrolla el método paranoico-crítico. Obras tan evocadoras como *La persistencia de la memoria*, habitualmente expuesta en el MoMA de Nueva York o *Guillermo Tell*, una pintura que formó parte de la colección del pope del surrealismo André Breton y que forma parte de los fondos del Centro Pompidou, pueden verse en la muestra del Museo Reina Sofía. También destacan algunos dibujos de su serie *Putrefactos* o un apartado dedicado a su libro *La vida secreta de Salvador Dalí*.

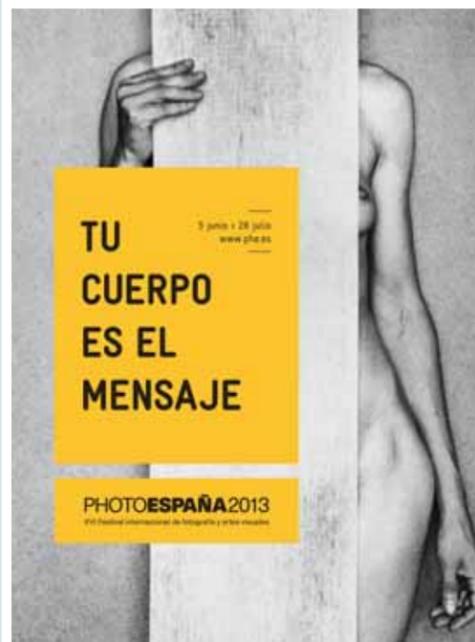
**La ciencia**

Muy probablemente para la mayoría del público la parte más reveladora de esta exposición sean las últimas salas, dedicadas al interés de Dalí por la ciencia. Un interés que se refleja tanto en las técnicas que usó a lo largo de su carrera (cine, estereoscopia u holografía), como en la temática de sus obras, que hacen alusión a la energía nuclear, a la física cuántica o a la óptica, sin olvidar nunca el universo simbólico del inconsciente y las referencias clásicas a la religión, la mitología grecolatina o la literatura universal.

La exposición de la obra del genio catalán, que ha sido todo un éxito la temporada pasada en París, se inició el 27 de abril, y podrá ser visitada **hasta el 2 de septiembre** •



DALÍ. TODAS LAS SUGESTIONES POÉTICAS Y TODAS LAS POSIBILIDADES PLÁSTICAS. MUSEO NACIONAL CENTRO DE ARTE REINA SOFÍA: 27 ABRIL - 2 SEPTIEMBRE



XVI EDICIÓN DE PHOTOESPAÑA

**PHotoEspaña 2013** contará, entre el 5 de junio y el 28 de julio, con 74 exposiciones que se podrán ver en Madrid, Cuenca, Alcalá de Henares, Alcobendas, Lanzarote y Zaragoza bajo el lema **Cuerpo. Eros y políticas**. PhotoEspaña, es el festival internacional de fotografía y artes visuales que nació en 1998 con la vocación de ser una muestra realizada desde la sociedad. En la actualidad, se ha convertido en uno de los grandes acontecimientos de artes visuales del mundo, y en uno de los mayores foros internacionales de la fotografía, cuyo prestigio, reconocido por los críticos más destacados, ha posibilitado que se convierta en una cita ineludible.

En las exposiciones del programa de esta edición se podrán ver las fotografías de artistas de 42 nacionalidades, entre los que destacan Edward Weston, Harry Callahan, Shirin Neshat, Laura Torrado y Mark Shaw y colectivas, con obras de Ana Mendieta,

Robert Doisneau, Cindy Sherman y Marina Abramovic, entre otros.

El programa está compuesto por 74 exposiciones: 26 en la Sección Oficial, 15 en OpenPHoto y 33 en el Festival Off. PHE13 cuenta con nuevas sedes en España –Zaragoza y Lanzarote– y el programa PHE Itinera en Praga, Berlín y París.

**Un espacio para nuevos creadores**

A través de su festival, PHotoEspaña ofrece una ocasión extraordinaria para conocer proyectos fotográficos, vídeos e instalaciones de los fotógrafos y artistas visuales nacionales e internacionales más destacados, así como el trabajo de nuevos creadores. A lo largo de las ediciones del festival, se han organizado más de 900 exposiciones en los principales museos, salas de exposiciones, centros de arte y galerías. Cada año atrae a más de setecientas mil personas, cifra que lo convierte en uno de los mayores eventos culturales que se celebran en España •



[MOZO-GRAU]

## Intensa agenda formativa en Mozo-Grau

Durante el pasado mes de abril Mozo-Grau organizó varias actividades formativas para la Especialidad Implantológica, entre las que cabe destacar las "Prácticas Generales de Implantología sobre Cabeza de Cadáver", organizadas por la Universidad de Barcelona, y que concluyeron el día 5 de dicho mes. Además, el día 26, en el Colegio de Protésicos de Valencia, el Sr. Emilio Royo impartió un curso de "Protocolos protésicos para la excelencia en el trabajo". También en el mes de abril tuvo lugar a través

de la plataforma [www.implant-training.es](http://www.implant-training.es) un seminario sobre "Tratamiento de las enfermedades peri-implantarias", impartido por el Dr. Alberto Fernández.

En su apuesta por la formación, la compañía Mozo Grau tiene una apretada agenda de cursos en el mes de junio:

**Día 7:** Zaragoza. "Cómo evitar complicaciones en implantología", impartido por los Dres. Alberto González y Alberto Fernández. **Día 10:** Madrid. "Curso avanzado de formación en implantología", a cargo del Dr. Juan Antonio Hueto. **Día 20:** Sede Mozo-Grau en Valladolid. "X Curso de Implantología básica para residentes de los 2 últimos años de cirugía oral y maxilofacial" impartido por los Dres. José Luis Cebrián; Raúl Fernández; Ignacio García y Antonio Sánchez. **Día 21:** Colegio de Odontólogos de Granada. "Cómo evitar complicaciones en implantología y periodoncia", impartido por los Dres. Francisco Torres y Arturo Sánchez.

Y, en esa línea de apoyo a los nuevos profesionales, la firma ha recibido la visita de estudiantes del Máster de Periodoncia de la Universidad Complutense de Madrid, acompañados por el Dr. Perea García •



[ICDE, LISBOA]

## Curso de estratificación de Composites

LA DRA. SILVIA DEL CID GUIARÁ A PROFESIONALES A PERFECCIONAR LA TÉCNICA CON IPS EMPRESS DIRECT

Con el objetivo de mejorar los resultados clínicos en las reconstrucciones de composite en el sector anterior, los días 14 y 15 de junio la Dra. Silvia del Cid dará, en esta ocasión, su clase magistral en la ciudad de Lisboa, en el centro ICDE, situado en la Facultad de Medicina Dentaria.

Los asistentes al curso podrán, además, conocer las posibilidades que ofrece el sistema IPS Empress Direct en cuanto a opacidades, translucidez y efectos •



[COLEGIO DE MEDICOS DE SEVILLA]

## Jornadas de Actualización en Periodoncia en Sevilla

El Colegio de Médicos de Sevilla acogió los días 26 y 27 de abril el curso "Jornadas de Actualización en Periodoncia", fruto de un acuerdo entre los Colegios de Dentistas de Sevilla y Málaga y que forma parte del Programa Científico 2013 del Colegio de Sevilla.

El Dr. D.Raúl G. Caffesse explicó los fundamentos de la cirugía plástica periodontal mostrando múltiples casos tratados con diversas técnicas quirúrgicas, tanto para aumento de tejido blando como para cubrimiento radicular. Explicó detalladamente las diversas técnicas para la toma del injerto del paladar. También informó sobre los distintos biomateriales disponibles en el mercado empleados como sustitutos del injerto de paladar, sus ventajas e indicaciones.

En la jornada del día 27 de abril, el Dr. Alández habló del manejo del paciente periodontal tratado con implantes dentales.

Por otro lado, el Dr. D.Pedro Martínez Canut presentó un interesante trabajo científico sobre mantenimiento periodontal, ofreciendo datos de pacientes tratados, y en mantenimiento periodontal durante más de 20 años.

El Dr. LLambés presentó interesantes casos clínicos de pacientes periodontales tratados de manera multidisciplinar, combinando tratamientos de ortodoncia, implantes y prótesis. Para completar estas jornadas se realizó un taller práctico de cirugía plástica periodontal a cargo del Dr. Caffesse sobre cabezas de cerdo, al que asistieron 40 cursillistas •



ARRIBA: LOS DICTANTES DEL CURSO, DR. ALÁNDEZ CHAMORRO, DR. G. CAFFESSE, DR. LLAMBÉS ARENAS Y DR. MARTÍNEZ CANUT JUNTO AL MIEMBRO DE LA JUNTA DE GOBIERNO D. SILVESTRE RIPOLL.



UNA IMAGEN DE LA PRÁCTICA

Especial Digital

ODONTÓLOGOS de hoy



El próximo especial digital de **Odontólogos de Hoy** se publicará a finales de julio. En esta edición el tema principal será el **Calendario Formativo del último cuatrimestre del año 2013**: Cursos, Seminarios, Congresos, Másters especializados...

Toda la información sobre formación estará recogida en esta edición especial. Si quiere enviarnos la información de su oferta formativa escribanos a [formacion@odontologosdehoy.com](mailto:formacion@odontologosdehoy.com)

**Actualidad** al servicio de la odontología

© Publicaciones Siglo XXI, S.L. C/ Mártires Concepcionistas 7, 5º.Izq. 28006 Madrid Telf: 911 93 59 59 [info@odontologosdehoy.com](mailto:info@odontologosdehoy.com)

# Expansión internacional y liderazgo

AVINENT®  
Implant System

core3d  
centres

ROTUNDO ÉXITO DE AVINENT  
Y CORE3D EN LOS CERTÁMENES  
INTERNACIONALES IDS Y FDM



AVINENT y CORE3D continúan en línea ascendente y están consolidando su posición de referencia en el sector de la implantología y las soluciones protésicas personalizadas. La reciente participación en dos de los principales certámenes del sector, el IDS

de Colonia y el FDM de Barcelona, sirvieron para presentar las últimas novedades, que obtuvieron una gran acogida entre los profesionales. AVINENT y CORE3D caminan a paso firme hacia el futuro como firmas de referencia internacional en el sector.



Los certámenes International Dental Show (IDS) de Colonia y Forum Dental del Mediterráneo (FDM) de Barcelona han significado un nuevo éxito para AVINENT y CORE3D. Conscientes de su relevancia de dichos salones, por la asistencia de profesionales y expertos, y por la calidad de sus programas científicos, AVINENT y CORE3D acudieron a las citas con espectaculares stands en los que presentaron sus novedades en productos y servicios. De la mano de AVINENT, la alianza internacional CORE3D hizo la puesta de largo de sus sistemas, pioneros en el mundo, que garantizan el flujo digital completo. Igualmente, AVINENT presentó por primera vez en el FDM su línea de implantes OCEAN. El éxito de los certámenes es una muestra más de la expansión de AVINENT y CORE3D y un estímulo para seguir avanzando conjuntamente con el sector.

**La garantía del flujo digital completo Escáneres intraorales.** En los certámenes se realizaron múltiples demostraciones con los escáneres 3Shape, que CORE3D distribuye oficialmente

**Componentes, librería digital.** CORE3D es una plataforma abierta de soluciones digitales y ha desarrollado todos los componentes y soluciones para garantizar el flujo digital completo sobre implantes. El mejor 'partner' para acceder al mundo digital.

**Implantes OCEAN**  
AVINENT presentó por primera vez en el FDM los implantes AVINENT OCEAN, que mantienen la superficie Biomimetic Advanced Surface, e incluyen innovadoras características en cuanto a geometría para dar una respuesta satisfactoria en todo tipo de casos.



# Un toque de delicadeza para una excelente salud gingival

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



EL 93% DE LOS PACIENTES REDUJO LA PRESIÓN DEL CEPILLADO DESPUÉS DE USAR UN CEPILLO ELÉCTRICO DE LA SERIE PROFESSIONAL CARE 5000 DE ORAL-B<sup>1</sup>

SISTEMA TRIPLE DE CONTROL DE PRESIÓN:



1 El sensor de presión interno se activa a los 2.4N, antes de que el paciente aplique una fuerza que pueda dañar sus encías (>3N)



2 La luz indicadora se enciende para recordar al paciente reducir la presión



3 El cepillo reduce su frecuencia de oscilación y rotación en un 35% y detiene las pulsaciones

Referencia: 1. Janusz K et al. J Contemp Dent Pract. 2008;9(7):1-13.

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



Continuamos con el cuidado que empieza en su consulta