

Jaime Edelson

“La FDI se ha transformado en busca de nuevas y diferentes formas de promoción de la salud bucal.”



Diego Murillo deja la Presidencia en un gran momento de A.M.A.



Armand Arilla
Director General de la
Fundación Josep Finestres



Marisol Ucha
Docente y dirigente colegial

¿QUÉ ES ticare?

TISSUE CARE PHILOSOPHY

¿QUÉ INTEGRA LA FILOSOFIA TICARE?

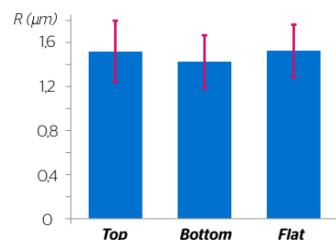


SUPERFICIE RBM TC → HOMOGÉNEA EN TODO EL IMPLANTE

La rugosidad de la superficie se obtiene mediante el bombardeo con partículas de fosfato de calcio. El proceso de limpieza se realiza mediante disolventes ácidos y orgánicos que eliminan todos los contaminantes inorgánicos y orgánicos.

Tras el bombardeo de partículas y posterior proceso de limpieza el resultado es una superficie **microrrugosa y homogénea** en todas las partes del implante.

RUGOSIDAD



Rugosidad de la superficie RBM TC en las diferentes partes del implante

Superficie microrrugosa y homogénea en todas las partes del implante

Fuente: Minnesota University. Análisis realizado por el MDRCBB (Minnesota Dental Research Center for Biomaterials and Biomechanics) de la Universidad de Minnesota.

Desde 1996 en adelante hemos utilizado 771 implantes Mozo-grau [...]. La tasa de éxito en esta muestra fue un 94,25% [...].

TASA DE ÉXITO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS



Fuente: Osseointegrated implant rehabilitation of irradiated oral cancer patients. Naval Glas, Luis et al. Journal of Oral Maxillofacial Surgery, Vol. 70, Issue 5, 2012.

TASA DE ÉXITO

ARTÍCULO	AUTORES	PUBLICACIÓN	TASA DE ÉXITO
Mandibular Reconstruction With Iliac Crest Free Flap, Nasolabial Flap, and Osseointegrated Implants	Dr. Carlos Navarro Vila et al.		95,2%
Influence of implant neck design and implant-abutment connection type on peri-implant health. Radiological study	Dr. Miguel Peñarrocha et al.		98,6%
Changes in General and Oral Health-Related Quality of Life in Immediate or Conventionally Loaded Dental Implants: A Nonrandomized Clinical Trial	Dr. Javier Dolz et al.		98,0%
A 12 year Retrospective Analytic Study of the Implant Survival Rate in 177 Consecutive Maxillary Sinus Augmentation Procedures	Dr. Luis Naval et al.		93,0%
Predictability of the resonance frequency analysis in the survival of dental implants placed in the anterior non-atrophied edentulous mandible	Dr. Florencio Monje et al.		97,1%
Los implantes MG Osseous. Estudio multicéntrico prospectivo	Dr. Rafael Martín Granizo et al.		98,2%

- 6 Editorial**
- 8 Opinión**
- 11 Tribuna de salud pública**
- 12 Actualidad**
- 16 REPORTAJE**
Sevilla acogió la XXXIXª Reunión Anual de la SEOP · SEPA Málaga 2017, centro mundial de la periodoncia y la higiene bucodental · Expodental 2018 se pone en marcha
- 22 Entrevista**
- 22 Jaime Edelson Tishman**
Candidato a Presidente electo de la FDI
- 24 Marisol Ucha**
Docente y dirigente colegial
- 28 Armand Arilla Almunia**
Director General de la Fundación Josep Finestres
- 32 Ciencia y salud**
- 32 CASO CLÍNICO**
Cementación adhesiva de carillas parciales
- 36 CASO CLÍNICO**
Osteonecrosis de los maxilares asociada al uso de bifosfonatos orales
- 39 CASO DE SALUD PÚBLICA**
Salud bucal del adulto mayor en México
- 44 Los principios de la odontología en México**
Martha Díaz de Kuri
- 48 Mejora tu gestión**
- 48 Libera todo tu potencial**
Susana Cubas
- 50 Empresas**
- 52 Formación**



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

DIRECTOR ASOCIADO IBEROAMÉRICA:

Rolando Peniche Marcín, México.

CORRESPONSAL BARCELONA:

Juan José Guarro Miquel

CORRESPONSAL DE ODONTOLOGÍA SOCIAL:

Antonio Castaño Seiquer

CORRESPONDENTE EM PORTUGAL

Irene María Ventura de Carvalho Ramos

CORRESPONSAL EN CHILE

Luis Alberto Vicentela

CORRESPONDENTE EM BRASIL

Daniela Lemos Carcereri

CORRESPONSAL EN ARGENTINA

Silvina Beatriz Villalba

CORRESPONSAL EN VENEZUELA

Carolina Hernández Ponce

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Oklok

WEB:

Amaya Pérez Echeveste
web@odontologosdehoy.com

PUBLICIDAD:

Beatriz Rodríguez - Raúl del Mazo
607 795 672 - 640 296 925

COMITÉ CIENTÍFICO:

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

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

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

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

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

Julián Campo Trapero. Profesor Contratado Doctor. Facultad de Odontología. UCM. Madrid.

Jorge Cano Sánchez. Odontólogo. Especialista en Cirugía Oral (Reino Unido). Madrid.

João Caramês. Catedrático Facultad de Medicina Dentaria Universidad de Lisboa. Director Instituto de Implantología. Lisboa. Portugal.

Francisco Cardona Tortajada. Jefe Sección Salud Bucodental. Sistema 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. Universidad de Granada.

José María Clemente Sala. Médico Odontólogo. Barcelona.

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

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

Laura Díaz Guzmán. Catedrática de la Facultad de Odontología de la Universidad la Salle. México

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

Cristina García Durán. Odontóloga Madrid.

Ángel Gil de Miguel. Vicerrector de Investigación de la U.R.J.C. Madrid.

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

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

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

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

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

Luis Antonio Hernández Martín. Médico Estomatólogo. Valladolid.

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

Carlos Larrucea Verdugo. Director Programa de Especialización en rehabilitación Oral Universidad de Talca. Chile.

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

José Francisco López Lozano. Catedrático de Prótesis Buco 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.

Adalberto Mosqueda Taylor. Profesor Titular de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. México.

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

Javier Relinque. Socio IVB Abogados y Economistas. Sevilla.

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

Manuel Ribera Uribe. Profesor de Gerodontología. U. I.C. Barcelona.

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

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

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

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

Francisco Javier Sanz Serrulla. Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid.

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

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

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

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

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

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

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

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

Sevilla acogió la XXXIXª Reunión Anual de la SEOP

Con gran éxito de participación profesional

17



Diego Murillo se despide como Presidente de AMA en la Asamblea General de Socios

La Mutua logra por quinto año un crecimiento por encima de los 20 millones



14

SEPA Málaga 2017 se convierte en el centro mundial de la Periodoncia y la Higiene Bucodental

Más de 4.500 profesionales acudieron a esta importante cita

18



SUSCRIPCIONES:

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

- Nombre
- Dirección Postal Completa
- Correo Electrónico

Revista de distribución exclusiva a odontólogos, estomatólogos y cirujanos maxilofaciales.

© Publicaciones Siglo XXI, S.L.
C/ Mártires Concepcionistas 7, 5º Izq.
28006 Madrid.
Telf: 911 93 59 59
D.L.: M-6480-2013
ISSN: 2255-582X



Despedida por la puerta grande

FERNANDO GUTIÉRREZ DE GUZMÁN
EDITOR

Con sorpresa y hasta un cierto grado de tristeza recibimos la noticia de la marcha de Diego Murillo de la Presidencia del Consejo de Administración de A.M.A. pero con la convicción de que una decisión personal de quien ha llevado con tanto acierto el timón de la Mutua de los Profesionales Sanitarios no supondrá ningún menoscabo para la familia sanitaria que durante tantos años ha depositado su confianza en su Mutua y su Presidente.

No estamos acostumbrados en este País a decisiones como ésta, pero ahondando en lo que ha sido el hacer de Diego Murillo a lo largo de estos años, su decisión se comprende, una vida dedicada al trabajo, principalmente a la medicina y sus compañeros, sus últimas palabras como Presidente así lo dejaban patente cuando dijo que de lo que más orgulloso se sentía en la vida es de haber sido Presidente del Colegio de Médicos de Pontevedra y de la Mutua de los Profesionales Sanitarios.

Desde aquí enviamos un fuerte abrazo a alguien que tiene y ha tenido la grandeza de entregarse y de hacerse querer por un colectivo como el sanitario, siempre mirando hacia adelante, sin olvidar el pasado y con un acierto incontestable que ponen de manifiesto las cifras de las cuentas de A.M.A.

“Yo sí me he enterado de que esta profesión es de todos y de todas, ¿y tú?”

No es mi costumbre tratar en este editorial los comentarios de nuestros entrevistados, pero las manifestaciones de nuestra invitada de este número me impiden guardar un silencio que pudiera confundirse con la indiferencia ante tan sencillas y a la vez contundentes manifestaciones, porque yo sí quiero enterarme de que esta profesión con mayoría en este momento de mujeres, es de todos, hombres y mujeres y llega ya el momento de que se empiece a notar en los centros donde deberían tomarse las decisiones, sí, he dicho deberían, porque en lo más alto me da la sensación de que no se toman decisiones, simplemente se agarran al sillón.

Es una vergüenza la distribución de cargos y funciones en la familia odontológica, algo en lo que me uno a todas las que por osar ocupar puestos que les corresponden con todo derecho, han sufrido el peso del machismo engominado y trasnochado.

Estoy seguro de que uno de los problemas que frenan a esta profesión es la falta de paridad en sus instituciones. Para salir adelante es preciso el empuje de todos y de momento a más de la mitad del colectivo se le excluye.

En la larga andadura de la Organización Colegial de la Odontología Española tan solo cinco mujeres han llegado a presidir un Colegio o Junta Provincial, el actual Comité Ejecutivo del Consejo General no cuenta en su composición con una sola mujer electa. Esto no es propio de nuestro tiempo, algo no va bien y todos y sobre todo todas tienen que recapacitar y actuar.

De momento eso sí, todas las que llegaron dieron la talla muy por encima de la media. ¿Será éste el problema? •

“*Uno de los problemas que frenan a esta profesión es la falta de paridad en sus instituciones. Para salir adelante es preciso el empuje de todos.*”

EL MÁS RESISTENTE DE SU CLASE



EL MÁS RESISTENTE DE SU CLASE

Grandio blocs

Bloque excepcional para restauraciones CAD / CAM

- El más alto contenido de relleno (86 % en peso)
- Semejanza a los dientes en perfección
- Excelentes valores físicos en cuanto a la resistencia a la flexión y a la abrasión
- Mejor pulido y reparación
- Basado en la tecnología nano-híbrida
- Disponible en dos tamaños y once colores



VOCO

LOS DENTALISTAS



Acabemos con el *modus operandi* de las clínicas mercantilistas

ALEJANDRA LLORENTE
ODONTÓLOGA, EJERCE EN REINO UNIDO

Queridos lectores de “Odontólogos de Hoy”, después de mucho analizar he llegado a esta conclusión: los colegios han luchado mucho por desacreditar la publicidad de las clínicas mercantilistas, ahora es el siguiente paso, hay que dismantelar su funcionamiento.

¿Esto cómo se hace?, me preguntarán. La clave está en los consentimientos y los planes de tratamiento. Las clínicas mercantilistas lo que hacen es que los dentistas compartan los pacientes, uno hace un diagnóstico inflado, y al paciente cada vez lo ve un dentista distinto, así la responsabilidad se diluye entre todos los que tocan al paciente, y para el colegio es muy difícil juzgar los casos y sancionar.

Para los dentistas es muy fácil hacer un plan de tratamiento inflado, porque total a ese paciente puede que ni le vuelvan a ver, y no sienten la responsabilidad de cuidar a ese paciente.

En Reino Unido está absolutamente prohibido compartir los planes de tratamiento entre dentistas, porque si al paciente lo tratan entre varios dentistas no se puede demostrar que ha habido consentimiento por parte del paciente. El consentimiento no es firmar un papel, que también lo hacemos. En la legislación británica el consentimiento se demuestra cuando el día que viene el paciente al examen se deja escrito en las notas del ordenador el diagnóstico y las opciones de tratamiento, y el paciente elige, firma y autoriza exclusivamente a ese dentista a tratarle.

El firmar un papel si lo anterior no está registrado en las notas no sirve para demostrar que ha habido consentimiento, por eso si un paciente es tratado por varios dentistas para un mismo plan de tratamiento es imposible que cada vez que se vea al paciente se le evalúe de nuevo completamente, se le expliquen los riesgos y las opciones.

Solo en casos de emergencias vemos pacientes de compañeros y, en ese caso, el paciente firma el consentimiento, le tratamos y le decimos que vuelva a ver a su dentista habitual para la revisión.

Esto no quiere decir que si el paciente necesita ser tratado por un especialista, por poner un ejemplo, no pue-

da ser derivado al ortodoncista, que le abrirá el plan de tratamiento de ortodoncia con sus consentimientos y opciones.

Lo que no puede ser es que a un paciente cada día le haga un empaste un dentista distinto, o que en un caso de ortodoncia cada día te vea una persona distinta. Porque si esto se produce es imposible mantener la continuidad del tratamiento porque no conoces la evolución del caso, con lo cual afecta a la calidad del tratamiento.

“ Si esto se regula, protegeremos a los pacientes y a los dentistas que trabajan en estas macro clínicas. ”

En Reino Unido tocar a un paciente sin consentimiento es uno de los motivos por lo que te pueden suspender de ejercer de manera inmediata porque estás violando los derechos de los pacientes y eso está recogido en la legislación.

En España tenemos que hacer lo mismo para proteger a los pacientes, porque las clínicas mercantilistas no se centran en la calidad, se centran en el dinero, y no les preocupan las denuncias a los dentistas que tienen en su plantilla porque son solo peones para su enriquecimiento.

Si esto se regula, protegeremos también a los dentistas que trabajan en estas macro clínicas porque les daremos el poder de ser los únicos responsables de los pacientes a su cargo y tendrán que hacerles mejoras laborales y contratos de más días para que puedan dar continuidad de tratamiento a los pacientes.

También será mucho más difícil que puedan ser falsos autónomos y a la vez tendrán más cuidado en los diagnósticos que hacen, porque en caso de sobre tratamientos serán descubiertos fácilmente y podrán ser sancionados.

Creo que todos saldremos ganando, pero sobre todo les daremos donde más les duele a estas empresas, que no es la publicidad, es la infraestructura que han creado para montar clínicas donde fácilmente pueden despedir, contratar y hacer contratos vergonzosos a los dentistas, porque pueden mover a los pacientes de unos dentistas a otros sin problema, y esto favorece la precariedad laboral de dentistas y la calidad del tratamiento para los pacientes.

Un dentista = 1 consentimiento + 1 plan de tratamiento.

Si se deriva el caso a un especialista, lo mismo: Un especialista = 1 plan de tratamiento.

Acabemos con esta estrategia empresarial donde pacientes y dentistas pierden.

Esto no está en contra del enfoque multidisciplinar entre especialidades, todo lo contrario, cada especialista tiene que hacer su plan de tratamiento fuera del diagnóstico general del paciente, enfocado a su especialidad, con sus consentimientos y opciones de tratamiento.

Esto no quiere decir que no se puedan discutir los casos entre compañeros, que se puede y se debe, pero los planes de tratamiento NO SE COMPARTEN, cada especialidad el suyo.

En Inglaterra los planes de tratamiento tienen que llevar el nombre y número de colegiado del dentista responsable del caso.

“ Un dentista = 1 consentimiento + 1 plan de tratamiento. ”

En España se debería sancionar a las clínicas que hagan planes de tratamiento sin el nombre del dentista encargado del caso, así acabaríamos con la figura de los comerciales, que en las clínicas empresariales son las que se encargan de explicar los planes de tratamiento y, en muchos casos, modifican lo que el dentista ha recomendado para que el paciente pague más, en contra del diagnóstico del odontólogo.

Los Colegios, a través del Consejo, deben promover actuaciones en la legislación y empezar a mirar cómo se trabaja en otros países. Tienen que cambiar sus estrategias que hasta ahora no han dado ningún fruto y empezar a trabajar en serio y con imaginación.

Esto sobre lo que estoy reflexionando sí es competencia del Consejo y los Colegios y creo que es una de las soluciones para acabar con la mercantilización de la profesión y recobrar el carácter sanitario que nunca debimos perder •



HIGIENISTAS
de hoy

iSuscríbese!

a través de nuestra web
www.higienistasdehoy.com



Un poco de ayuda del legislador, por favor

DR. MANUEL RIBERA URIBE
PROFESOR DE GERODONTOLOGÍA Y PACIENTES ESPECIALES
UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUNYA

En la sociedad israelita se podía entender que aquel que caía en la pobreza podía llegar a venderse a sí mismo o a sus hijos como esclavos para poder pagar su deuda. No deja de ser paradójico que, 2000 años después, los dentistas siguiendo la dinámica de estos tiempos, estemos vendiéndonos, no en la plaza del mercado, pero sí en los medios, en Instagram o en Facebook haciendo de los *likes* virtud.

Podemos preguntarnos sobre el sentido de una publicidad instalada en la post-verdad en la que un dentista se labra su valía a expensas de opiniones que, al amparo del anonimato, aspiran a crear una imagen del profesional condicionada a la efímera valoración del momento de arrebato del paciente de turno o al impresionable juicio del colega adicto a las redes sociales.

“*La odontología ha dejado de ser un tema de salud para convertirse en una oportunidad de negocio tristemente regulado.*”

Podemos preguntarnos sobre las razones por las que compañeros que trabajan en clínicas, con patrones de conducta que todos censuramos, con webs que anuncian ofertas y medias verdades, con flagrantes incumplimientos de normativas de las cuales son conscientes, siguen prestando sus servicios, anunciando sus personas y poniendo a su disposición su ciencia y sus *likes*.

Podemos preguntarnos por el motivo por el cual insignes nombres del deporte, de la televisión o de las artes ponen sin parpadear su imagen y sus recomendaciones a disposición de empresas dentales, algunas de ellas condenadas por publicidad engañosa u otras lindezas.

Podríamos preguntarnos también por qué la estructura político administrativa tarda lo que tarda en cambiar lo que hasta los ciegos ven. La odontología ha salido de las clínicas para instalarse en el mercado, ha dejado de ser un tema de salud para convertirse en una oportunidad de negocio tristemente regulado. Nos estamos convenciendo de que la línea divisoria entre lo que se debe y lo que no se debe hacer está desdibujada a base de marketing, Facebook y post-verdades. Me recuerda al cuento del traje nuevo del emperador. Todos veían que el emperador iba desnudo pero, aunque era evidente, nadie se lo decía.

Parece que la ética es etérea y difícil de digerir. Desde luego, con pan entra mejor, se ve y se palpa en el aire pero no al mirarse por la mañana en el espejo. Es posible que estemos esperando, como el emperador, a que alguien nos señale con el dedo y nos ponga en evidencia, pero mientras tanto, como los israelitas, no nos duelen prendas en vendernos por doquier justificando lo que no queremos ver, dando pie a que el mercado difumine los valores con los que nos formaron en nuestras casas y en nuestras universidades. Tanto se peca por acción como por omisión.

Cadenas de franquicias y de mutuas pero también muchas clínicas convencionales han puesto sus objetivos en la facturación, al amparo de la connivencia de odontólogos que saben que, si no son ellos los que lo hacen, otros más condescendientes ocuparán su puesto.

Para poner orden a esta historia hace falta acción, institucional por supuesto, pero también personal. Por mucho que se crea que Maquiavelo dijo aquello de que el fin justifica los medios, fue en realidad un hombre de acción, el general Bonaparte, el que escribió la frase como un comentario al “Príncipe”, la obra cumbre del florentino. Para rebatir la famosa frase y convencernos de que no todo vale, ni en la vida, ni en los negocios ni en la odontología, hace falta un hombre de acción. Es obvio que eres tú, apreciado lector, pero un poco de ayuda del Legislador no iría nada mal •



Caries 2. Los paradigmas también son efímeros

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

Y quizás el que más nos afecta, sin que parezca que nos enteremos, es el relativo al manejo de la caries dental. En un artículo anterior (ODH, N°26 Ene/Feb 2017) decía que quizás nos ocupamos poco de ella a pesar de ser el motivo de alrededor del 50% de nuestro hacer clínico diario ¡Y la enfermedad que afecta a prácticamente el 100% de nuestra población! La cavidad cariosa sin tratar es la condición patológica más prevalente en el mundo entero.

Hace bastante más de 100 años que G V Black recogió el conocimiento de la época sobre esta enfermedad y estableció las bases de su tratamiento operatorio que han estado vigentes hasta hace no muchas décadas. La aparición de nuevos materiales a mediados del siglo pasado hizo cambiar el paradigma de Black sobre diseño de cavidades, aunque la resistencia a ello fuera grande. En 1955 Buonocore mostró cómo era posible la adhesión al diente de materiales restauradores confeccionados a base de resinas compuestas. Y esto dio un giro a la odontología restauradora de las lesiones de caries. Pero el pensamiento dominante seguía siendo el tratamiento exclusivamente operatorio, es decir, quirúrgico de la enfermedad.

Por aquellos años y los siguientes la investigación ya ha establecido claramente al papel que juegan los hidratos de carbono en combinación con determinados microorganismos y, poco más tarde, también el papel que juega el flúor en la probabilidad de aparición de lesiones de caries. Y se establecen nuevos paradigmas en el manejo de la enfermedad. El papel del flúor es, quizás, el más icónico de ellos y se convierte en el nuevo paradigma, esta vez, de la prevención de la enfermedad. Pero, de nuevo, el pensamiento dominante entre los profesionales, y también en las universidades y centros de investigación, sigue siendo el del tratamiento operatorio. Lo más demostrativo de ello es que los recursos que se destinan al desarrollo de nuevos materiales (el campo dominante en odontología) son infinitamente mayores que los destinados a la investigación sobre la enfermedad misma.

Ya en la década de los 90 del siglo pasado, la comprensión que se tiene del desarrollo del diente y de su enfermedad más importante, introduce nuevos conceptos sobre las posibilidades de tratamiento, operatorio o no operatorio. Para entonces ya sabemos que la caries es una enfermedad altamente prevenible y que la restauración de las cavidades no elimina el riesgo de padecer futuras nuevas lesiones. Pero nuestra mentalidad es resistente al cambio, y se tarda en aunar un cuerpo doctrinal. Es en el año 2011 cuando aparece publicado el “*European Core Curriculum in Cariology for undergraduate dental students*” (Schulte A G y cols; Eur J Dent Educ 15 (2011) 1-8), que persigue dotar a la cariología de un cuerpo curricular para la enseñanza en pre-grado de la enfermedad que más nos afecta. Otras áreas del conocimiento ya lo habían hecho antes como la endodoncia o la periodoncia.

“*Los recursos que se destinan al desarrollo de nuevos materiales son infinitamente mayores que los destinados a la investigación sobre la enfermedad misma.*”

La investigación y el conocimiento son imparables. Las nuevas tecnologías nos están abriendo campos insospechados hace tan solo una década. Los paradigmas van cambiando. El icónico mejor material y el icónico flúor, así a secas, están ya dejando paso a nuevos tratamientos y tecnologías. Algo de esto último se trató en las ponencias de la Jornada de Primavera de SESPO en Zaragoza, el pasado 20 de mayo, y me llamó la atención que, teniendo en casa, solo unos pocos dentistas de la zona se acercaran a escucharlas •

DEL 5 AL 7 DE OCTUBRE EN MADRID

SEPES y la EAO celebran conjuntamente sus Congresos Anuales

Los doctores Mariano Sanz y Jaime Gil, por parte de la EAO, y Jaime Llena, por parte de SEPES, formarán parte de la directiva de este congreso que estará presidido conjuntamente por Nacho Rodríguez (SEPES) y Alberto Sicilia (EAO) y que contará con Latinoamérica como región invitada.

“*El congreso estará presidido por Nacho González y Alberto Sicilia y contará con Latinoamérica como región invitada.*”

En este Congreso se combinarán la parte más clínica sobre prótesis y estética propia de los congresos de SEPES con la parte más quirúrgica y de investigación de los Congresos de la Asociación Europea de Oseointegración EAO. Ambas entidades,



han unido sus esfuerzos para hacer de este Congreso conjunto una cita odontológica de primer orden en el panorama internacional.

Alberto Sicilia, *Chair* de la 26 Annual Scientific Meeting de la EAO, afirmó que “*este congreso es una combinación en la que cada entidad aporta lo mejor de sí y se da la circunstancia de que son totalmente complementarias*”.

La relevancia de este gran evento está avalada por un programa científico multidisciplinar al que se ha llegado gracias a la unión de las sociedades científicas que participan en el congreso, y defendido por casi 90 ponentes internacionales y nacionales de prestigio que participarán con el objetivo de atender al interés clínico de los congresistas, y propondrán tratamientos orientados a la solución de los problemas de los pacientes apoyándose en el mayor nivel posible de soporte científico.

En el marco del congreso tendrá lugar también el **EAO-SEPA European Symposium**, que enriquecerá el contenido científico del Congreso.

Las últimas novedades en técnicas quirúrgicas, los tratamientos estéticos en implantología abordados desde el diagnóstico hasta la prótesis, los materiales quirúrgicos y restauradores más novedosos serán algunos de los temas tratados en este encuentro.

También se celebrará una interesante sesión de tratamiento de casos con implantes fracasados. Los técnicos de laboratorio, parte fundamental de SEPES, también podrán asistir a interesantes sesiones específicas con duetos clínicos-técnicos.

Además, este Congreso se presenta como una oportunidad única para la puesta al día de todas las novedades en el mundo de la Odontología a nivel internacional.

En palabras de Nacho Rodríguez, presidente de la 47ª Reunión Anual de SEPES, “*podemos estar orgullosos de que en el programa científico haya más de 25 ponentes españoles. A la vista del prestigio internacional de los ponentes extranjeros que participarán es muy importante que nuestros ponentes estén en este congreso*” •

“*Algunos de los temas tratados serán las novedades en técnicas quirúrgicas, los tratamientos estéticos en implantología o los materiales quirúrgicos y restauradores.*”

IIº FESTIVAL INTERNACIONAL DE ODONTOLÓGIA ESTÉTICA Festética triplica la participación en el concurso de casos clínicos



El Festival Internacional de Odontología Estética celebró el día 3 de junio su segunda edición con 60 casos clínicos presentados a concurso. Festética 2017 reunió en el COEM a casi 200 profesionales bajo el lema “*Enseña tu arte*”.

El presidente de Festética, Dr. Carlos Oteo, se mostró especialmente complacido con el hecho de que se haya multiplicado por tres, con res-

pecto a la edición anterior, el número de casos clínicos presentados a concurso en las diferentes secciones del Festival, “*porque ése es el verdadero objetivo de Festética, involucrar a todo el equipo dental en el logro de la excelencia en Odontología Estética y ofrecerles a cambio un justo reconocimiento profesional*”.

“*Para nosotros, el éxito del Festival no está solo en la cantidad de*

asistentes, sino en la cantidad y la calidad de los trabajos presentados al concurso de casos clínicos. Y es una satisfacción ver cómo aumenta el número de profesionales que quieren compartir y mostrar los trabajos que realizan diariamente en su clínica y cómo reciben el merecido reconocimiento profesional por parte de sus compañeros”, insiste el Dr. Oteo.

Ganadores 2017

Los ganadores de los Premios Festética 2017 han sido Laura Rodrigo, Javier Gómez (mención de honor), Lucía Álvarez, María Cura y María Pastor, en la categoría de “*Resinas compuestas*”; Álvaro Ferrando y Cristina González, en la categoría “*Facetas de porcelana*”, y Álvaro Oteo y Susana Pérez en la categoría “*Coronas de Porcelana*”.

Los ganadores recibieron el galardón de manos del actor Antonio Resines, presidente de la Academia de las Artes y las Ciencias Cinematográficas de España durante los años 2015 y 2016.

Premio a la excelencia

Por otro lado, el presidente de SEPES, el Dr. Nacho Rodríguez, fue el encargado de entregar el Premio a la Excelencia, que en esta ocasión fue otorgado al Dr. Newton Fahl, presidente electo de la *Society of Color and Appearance in Dentistry* (SCAD) y director del Centro Fahl (Curitiba, Brasil), por su labor docente en el campo de la Odontología Estética.

Le correspondió al presidente de Festética hacer un repaso a la trayectoria del homenajeado, desde su época de estudiante en Iowa hasta las estancias compartidas en Espa-

ña y Brasil, siempre con la enseñanza de la Odontología Estética como revulsivo. En palabras del Dr. Oteo, “*Newton Fahl tiene un don, una gran sabiduría y es un gran maestro que ha inspirado a muchos dentistas. Representa a la perfección el valor de la excelencia clínica que queremos reivindicar en Festética*”.

Asimismo, señaló que ha sido “*una alegría y un privilegio haber podido ayudar a los jóvenes dentistas de la Universidad Complutense de Madrid a convertirse en mejores odontólogos, mejores profesionales y, sobre todo, quizá mejores personas!*” •



LA MUTUA LOGRA POR QUINTO AÑO UN CRECIMIENTO POR ENCIMA DE LOS 20 MILLONES

Diego Murillo se despide como Presidente de AMA en la Asamblea General de Socios

El pasado 26 de mayo se celebró la Asamblea General de A.M.A., la Mutua de los Profesionales Sanitarios, en la que se comunicaron los resultados del pasado ejercicio. La compañía obtuvo en 2016 un beneficio bruto de 20,3 millones de euros, mientras que los netos ascendieron a 15,5 millones de euros, mejorando este resultado frente al del ejercicio anterior.

Se trata del quinto año consecutivo que A.M.A. mantiene un crecimiento sostenido, antes de impuestos, por encima de los 20 millones.

Durante el transcurso de la Asamblea, Diego Murillo anunció su cese como Presidente del Consejo de Administración, después de más de veinte años en el cargo, en los que A.M.A. ha alcanzado las máximas cotas de solvencia y reconocimiento social.

Murillo, visiblemente emocionado, explicó que su decisión “ha sido muy meditada en los últimos meses. Dejo el cargo y doy el relevo a un nuevo equipo con experiencia, con nuevas ideas, con nuevos proyectos y convencido de su buena labor en el futuro”.

Además, la Asamblea aprobó la renovación y el nombramiento de nuevos consejeros. Así, vuelven a repetir cargo, D. Luis Campos Villarino; D. Luis Alberto García Alía; D. Francisco Herrera Gil; D. Pedro Hidalgo Fernández; D. Francisco Mulet Falcó; D. Juan José Sánchez Luque; D. Luciano Vidán Martínez; y D. Alfonso Villa Vigil.

Por su parte, entran a formar parte del Consejo de Administración D. Jesús Aguilar Santamaría; D. Óscar Castro Reina; D. Ramón Jordá Alva; Dña. Inmaculada Martínez Torre; y Juan Antonio Repetto López.

Excelentes resultados en todos los ramos

A.M.A. cerró el año 2016 con un ratio de cobertura del 276% y casi 150 millones de euros de exceso de capital disponible frente al regula-



torio de Solvencia II. El aumento del exceso de solvencia respecto a 2015 ha sido de 36 millones de euros, es decir un 34% más.

La Mutua incrementó el pasado ejercicio un 2,8% el número de pólizas, siendo la cartera de Automóvil la que ocupa más del 50% del total; le siguen Ramos Diversos, con un 32%, Responsabilidad Civil, con un 13% y Decesos. Este último ramo, que se comenzó a comercializar hace muy poco tiempo, ha conseguido un significativo crecimiento.

A.M.A. también ha aumentado la cartera en Responsabilidad Civil Profesional un seguro que “no fue creado solo para defender a nuestros compañeros, sino también para dignificar la profesión sanitaria, sobre todo cuando somos injustamente

tratados por actuaciones profesionales”, especificó el Presidente.

Además, en 2016 se constituyó la sociedad A.M.A. Vida Seguros y Reaseguros, S.A. que cuenta con un capital social de 9 millones de euros. Diego Murillo dijo que ya está tramitada la concesión de la licencia correspondiente en la Dirección General de Seguros y que en un plazo muy corto, se podría disponer de la resolución favorable de la Secretaría de Estado de Economía para operar también en este sector.

Tras la finalización de la Asamblea General, el Presidente saliente, rodeado de toda su familia, fue homenajeado en el exterior de la sede de AMA con un emotivo reconocimiento por parte de todos los asistentes a la cita •



“
Doy el relevo a un nuevo equipo con experiencia, nuevas ideas, nuevos proyectos y convencido de su buena labor en el futuro.
”



RECOGIDA DE FIRMAS PARA APOYAR LA INICIATIVA

El Colegio de Higienistas de Galicia hace campaña para incorporar el higienista a la sanidad pública

El Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Galicia ha puesto en marcha una campaña de recogida de firmas, cerrando así un ciclo de reuniones mantenidas con la Consejería de Sanidade y los grupos parlamentarios del gobierno gallego, para la incorporación del Higienista Dental en los servicios de Maxilofacial del Sistema Gallego de Salud (SERGAS).

La campaña se fundamenta en la convicción por parte de los miembros del Colegio de Higienistas de Galicia de que las prestaciones de la Salud Bucodental de la sanidad pública tienen que ampliarse y dar servicio a las necesidades actuales de la sociedad, entre ellas, la ampliación de prestaciones a pacientes especiales, tales como: pacientes oncológicos de cabeza y cuello, pacientes trasplantados, pacientes diabéticos, etc.

“
La campaña se fundamenta en la convicción de que las prestaciones de la Salud Bucodental de la sanidad pública tienen que ampliarse.
”

El Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Galicia sitúa la figura del Higienista Dental como profesional sanitario clave en el desarrollo de estas nuevas prestaciones, por ello, se ha apostado fuerte con el desarrollo de esta importante iniciativa para el colectivo profesional de los higienistas •



CON GRAN ÉXITO DE PARTICIPACIÓN

Sevilla acogió la XXXIXª Reunión Anual de la SEOP

Sevilla acogió la XXXIXª Reunión Anual de la Sociedad Española de Odontopediatría-SEOP durante los días 11, 12 y 13 del pasado mes de mayo. Esta edición congregó a más de 400 asistentes y 16 casas comerciales, siendo un gran éxito, tanto a nivel participativo como científico y social, por la gran participación y asistencia durante todos los días del congreso.

El programa científico cumplió con todos los objetivos previstos. El día 11 se celebró el Curso de Ortodoncia Interceptiva “Nuevos protocolos de tratamiento interceptivo en clase II, III y mordidas abiertas”, dictado por el profesor Enrique Solano Reina, y Beatriz Solano Mendoza. En la sesión de tarde tuvo lugar una mesa redonda sobre el tratamiento multidisciplinar en el paciente fisurado,

teniendo como participantes a los doctores Ignacio García Recuero, Luis Martínez Cortés y Aline Braga. Simultáneamente se fue realizando la lectura de las numerosas e interesantes comunicaciones orales y pósters.

La magistral conferencia inaugural del investigador científico del Área de Genómica y Salud, Alejandro Mira Obrador, sobre “El microbioma oral: sus implicaciones clínicas” cerró el programa de la primera jornada. Posteriormente, se inauguró oficialmente la Reunión en el Hotel Meliá Sevilla, sede del congreso, y todos los asistentes disfrutaron de una maravillosa visita nocturna al Real Alcázar de Sevilla.

El viernes día 12 se celebró una mesa redonda en la que se trataron

las últimas investigaciones en el tratamiento pulpar del diente temporal. En el debate participaron la doctora Lea Assed Bezerra da Silva y la doctora Anna Fuks. El doctor Óscar González Martín expuso sobre la odontología mínimamente invasiva en el paciente adolescente y joven. Más tarde, el doctor Eugenio Grano de Oro mostró los últimos avances en el tratamiento pulpar en el diente permanente joven, y el doctor Carlos Fernández Villares disertó sobre la restauración del diente endodonciado.

Paralelamente, se llevaron a cabo interesantes y prácticos talleres de “Endodoncia Rotatoria”, por parte del doctor Eugenio Grano de Oro y de “Cirugía Oral en el paciente en crecimiento”, por parte del doctor José I. Salmerón.

Tras la jornada científica se celebró la Asamblea General Ordinaria de SEOP, convocando a todos los participantes a la XLª Reunión Anual de la Sociedad, que tendrá lugar en Palma de Mallorca, en 2018.

Por último el sábado día 13 se celebró un curso para Higienistas y un taller sobre la colocación de las novedosas coronas de circonio en dientes temporales. Además, esta última jornada contó con la intervención del doctor Claudio Pisacane, que mostró su amplísima casuística en dientes permanentes jóvenes traumatizados, haciendo especial énfasis en su pronóstico y evolución a largo plazo. Por su parte el doctor Jordi Pérez Manauta expuso sobre un tema tan actual como es la restauración estratificada de los dientes anteriores •



De izda. a dcha.: los doctores Amparo Jiménez, Decana de la Facultad de Odontología de la U.S., Paola Beltri, Presidente SEOP, Luis Cáceres, Presidente Colegio Oficial de Dentistas de Sevilla y Asunción Mendoza, Presidenta del Congreso.



MÁS DE 4.500 PROFESIONALES ACUDIERON A ESTA IMPORTANTE CITA

SEPA Málaga 2017 se convierte en el centro mundial de la Periodoncia y la Higiene Bucodental

Málaga ha sido el escenario del que puede ser considerado como el Congreso más numeroso que ha celebrado la odontología española a lo largo de su historia. Del 25 al 27 de mayo más de 4.800 profesionales relacionados con la periodoncia y la salud bucodental se han dado cita en el Palacio de Ferias y Congresos de la capital de la Costa del Sol, con una elevada presencia de expertos internacionales procedentes de más de 40 países. Periodoncistas, dentistas, higienistas dentales, auxiliares de clínicas, así como médicos de otras especialidades y expertos en gestión sanitaria, han coincidido en este importante foro multidisciplinar.

El Congreso ha ofrecido la posibilidad de la celebración conjun-

ta y simultánea de una Reunión de **Periodoncia** Multidisciplinar, una Reunión de **Higiene Bucodental** y otra Reunión de Gestión y Excelencia Asistencial. A esto hay que sumar la importante exposición comercial con más de un centenar de stands y una **ocupación superior a los 6.000 m²**.

Durante el transcurso de estas jornadas profesionales se debatieron importantes temas relacionados con la **periimplantitis** y el encuentro contó con la presencia de los **especialistas más destacados** a nivel europeo en **Estética, Prostodoncia y Rehabilitación**. La cirugía oral también tuvo su espacio propio, con un simposio dirigido a la regeneración ósea vertical.

El programa de la Reunión de Periodoncia coincidió en muchos aspectos

SEPA

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE PERIODONCIA E IMPLANTES DENTALES

temáticos con los de la **Reunión de Higiene Bucodental**, con sesiones conjuntas dirigidas a higienistas y odontólogos, con el objetivo de engranar las actividades de ambos colectivos.

SEPA Gestión

Sepa Málaga también acogió la celebración del primer 'Congreso de Gestión y Calidad Asistencial', un evento pionero en nuestro país y una oportunidad única para conocer y empezar a superar los retos que se plantean en el ámbito de la gestión empresarial de la consulta dental.



El prestigioso Dr. Robert J. Genco galardonado con la Medalla de Platino

Entre los galardonados por esta sociedad científica y su Fundación de Periodoncia e Implantes Dentales destacamos la entrega de la Medalla de Platino de la Fundación SEPA al Dr. Robert J. Genco.

El Dr. Genco, que fue entrevistado en el número 20 de "Odontólogos de Hoy", director y profesor destacado en Biología Oral en la Universidad Estatal de Buffalo (EE.UU.), autor de más de 500 publicaciones, fue el merecedor del **Premio Medalla Platino de la Fundación SEPA al mérito en Periodoncia**, como reconocimiento de unos servicios excepcionales

en el campo de la Periodoncia y Terapéutica con Implantes, entre otras contribuciones.

"Estoy muy orgulloso de que me hayan elegido para este premio, especialmente porque los ganadores anteriores son profesionales realmente excepcionales en el campo de la Periodoncia, como son Jan Lindhe, Raul Caffese y Klaus Lang: los conozco desde hace muchos años y estar en su compañía es un gran honor" declaró el Dr. Genco sobre el reconocimiento recibido.

Por su parte, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) recibió el Premio de



la Fundación SEPA por sus méritos en la promoción de la salud general y bucal, así como por su creciente interés por conocer y abordar la conexión que existe entre la salud periodontal y la incidencia que esta relación tiene en la población.





1 de cada 5 portadores de implantes sufrirá una enfermedad periimplantaria

Tener un implante dental requiere el mismo cuidado que un diente natural, por ello la prevención es primordial para evitar infecciones que, en muchos casos, pueden llegar a poner en peligro el éxito de la terapia de implantes y/o disminuir su "vida útil". El Dr. Jan Lindhe, uno de los mayores expertos mundiales en periodoncia y terapia de implantes llamó la atención durante su intervención en el Congreso sobre este creciente problema de salud.

Tras el importante incremento de casos de enfermedades periimplantarias, los expertos alertan de que los implantes **no deben ser considerados como un bien de consu-**

mo, sino como un dispositivo médico que, como tal, requiere cuidados y atención. Por eso, se exigen cuidados para prevenir infecciones y hacer un esfuerzo por mantenerlos en perfecto estado.

Los expertos reunidos en este foro advierten de que antes de llevar a cabo un tratamiento con implantes dentales "la boca debe estar sana, no debe haber enfermedad de las encías".

Tanto las enfermedades periodontales como periimplantarias pueden llegar a ser peligrosas para la salud bucodental (e incluso para la salud general), llegando a causar la caída de los dientes. Sin embargo, para evitar su aparición es tan sencillo



como seguir la conocida como "Regla del Dos": utilizar habitualmente dos cepillos: uno convencional y otro interdental, lavarse dos veces los dientes al día, y realizar dos revisiones anuales •

PRESENTACIÓN DE LA FERIA MÁS IMPORTANTE DEL SECTOR

Expodental 2018 se pone en marcha

El pasado 7 de junio se celebró la rueda de prensa de presentación de **EXPODENTAL 2018**, Salón Internacional de Equipos, Productos y Servicios Dentales, que organizado por IFEMA en colaboración con la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, FENIN, celebrará su próxima edición entre los días **15 al 17 de marzo de 2018** (de jueves a sábado).

El acto contó con las intervenciones de la secretaria general de **FENIN, Margarita Alfonsel**; el presidente del Sector Dental de FENIN, **Juan Molina**; la directora de EXPODENTAL, **M^a José Sánchez**, y el presidente del Comité Organizador de EXPODENTAL, **Luis Garralda**, que avanzaron a los asistentes las características y líneas estratégicas que contempla la organización de la nueva convocatoria, así como los datos más relevantes del mercado durante el pasado ejercicio.

En referencia a EXPODENTAL 2018, que en esta edición se presenta bajo el lema **Innovación**,

Tecnología y Futuro Digital, atendiendo a sus contenidos de vanguardia y a las nuevas oportunidades que abre la transformación digital para el sector, las previsiones de participación y ocupación apuntan a que se mantendrán los altos niveles alcanzados el pasado año. En este sentido, el Salón se celebrará nuevamente en los **pabellones 3, 5 y 7 de IFEMA**, que en 2016 albergaron las propuestas de 325 expositores directos, un 5,5% más, y **612 empresas representadas**, a lo largo de una superficie de 19.221 m²., que significaron un aumento del 16,9%. En el capítulo de visitantes, el crecimiento fue del 12% con la asistencia de 30.364 profesionales.

Las expectativas para la próxima edición de EXPODENTAL 2018 son buenas ya que el Salón reunirá la más completa oferta de productos y novedades en torno a los sectores de equipamiento y mobiliario de clínicas y laboratorios protésicos; consumo e instrumental de clínica; consumo e instrumental de prótesis; implanto-

logía; ortodoncia, y servicios e informática, convirtiéndose, una vez más, en un referente clave para la industria de este sector en toda Europa y el principal punto de encuentro de profesionales y compañías de equipos y productos dentales •

EXPODENTAL
SALÓN INTERNACIONAL DE EQUIPOS,
PRODUCTOS Y SERVICIOS DENTALES
INTERNATIONAL DENTAL EQUIPMENT, SUPPLIES AND SERVICES SHOW



DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**
PENSADAS
PARA USTED
Y SU HOGAR

Hasta un

25%^{*}
dto.

en su **Seguro de Hogar**

LA LLAVE DE LA SEGURIDAD DE SU CASA

- ✓ MANITAS DEL HOGAR
- ✓ MANITAS DE ASISTENCIA
- ✓ MANITAS TECNOLÓGICO
- ✓ ASISTENCIA INFORMÁTICA

A.M.A. MADRID

Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A Tel. 913 31 06 43 amacentral@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)

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

A.M.A. MADRID (Hilarión)

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



www.amaseguros.com

902 30 30 10

Síganos en     

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación, realizados hasta el 30 de junio de 2017. No acumulable a otras ofertas. Consulte condiciones en su oficina provincial A.M.A.

DR. JAIME EDELSON TISHMAN

"La FDI se ha transformado en busca de nuevas y diferentes formas de promoción de la salud bucal"



Cirujano Dentista por la Universidad Tecnológica de México, UNITEC, se unió a la Asociación Dental Mexicana en 1982 donde ha participado en el grupo de Profesores ADM como conferencista dentro y fuera del país. También ha desempeñado diversos cargos del Comité Ejecutivo Nacional, de la ADM Federación. Actualmente, el Dr. Edelson es candidato a Presidente electo de la FDI. Las elecciones se llevarán a cabo en la próxima asamblea general de la Federación, que se celebrará el 31 de agosto de 2017 en Madrid.

El Dr. Edelson practica Odontología Familiar en su consultorio privado desde 1980, con especial énfasis en implantes y rehabilitación bucal, y dedica su tiempo libre a convertir en realidad diversos programas de Salud Pública Dental en México y en otras partes del mundo.

REDACCIÓN

Odontólogos de hoy: Muchas veces nos perdemos en las siglas. ¿Cuál es el papel que desempeña la FDI actualmente?

Jaime Edelson: La FDI, representa sin duda la voz de la Odontología Mundial. Es como la ONU de la Salud Bucal, con más de 150 países miembros, a través de sus Asociaciones Dentales Nacionales y varias decenas de asociaciones filiales en todo el mundo. Engloba la voz y la identidad de más de un millón de dentistas y es reconocida en todo el mundo como el referente en políticas de salud pública oral.

“

La incidencia de caries ha subido notablemente por el incremento del consumo de alimentos con azúcar.

”

ODH: En España hace ahora 26 años que empezaron a implantarse los primeros planes de salud bucal infantil, con verdadero éxito en algunas Comunidades Autónomas y también decepción en otras. Es usted el promotor de una importante Ley de Salud Escolar en la Ciudad de México. ¿Qué actuaciones está previsto realizar y qué objetivo esperan alcanzar con esta Ley? ¿Qué proyecto o idea tiene actualmente para mejorar la salud bucal en México?

JE: Año tras año hemos visto que la incidencia de caries en todo el mundo ha subido notablemente, con honrosas excepciones, y un análisis muy superficial nos invita a pensar que algunas de las principales causas incluyen el aumento del número de alimentos que contienen azúcar; hoy encontramos azúcar no solamente en dulces y golosinas, también está presente en la ingeniería alimenticia en quesos, lácteos, cereales, embutidos, etc. En muchas ocasiones, como vehículo para incrementar el consumo, los fabricantes de alimentos los adi-

cionan con grasas, sal y azúcar, lo que crea un efecto de ganas de seguir consumiendo estos alimentos. Otra causa significativa, puede ser la falta de acceso a cepillos y pastas de dientes y desaprovechar la implantación de los buenos hábitos de higiene bucal a la edad correcta. La Asociación Dental Mexicana inició en el 2008 un programa de salud bucal en preescolar con odontólogos voluntarios socios de la ADM cuyo objetivo principal era eliminar los alimentos cariogénicos de los almuerzos de los jardines de niños y establecer un programa de cepillado diario supervisado por los maestros y nanas del jardín de niños. Los psicólogos coinciden que la edad ideal para implantar buenos hábitos en los niños es entre los 3 y los 5 años. Después de varios años de experiencias positivas y a la fecha más de 100.000 niños beneficiados en este programa, decidimos en la Fundación ADM llevar la experiencia a las primarias y lo logramos participando en un programa piloto de la Secretaría de Educación de la Ciudad de México, donde 30.000 niños en 110 escuelas públicas de la

Ciudad de México participan en un programa de horario extendido y cuando terminan el horario normal de clases, se lavan las manos, comen comida caliente y no cariogénica y se cepillan los dientes antes de pasar a actividades físicas y culturales. Este programa está finalizando este verano su 4º año. Al final del 1º año, se hizo un estudio independiente de índice de placa y gingival, el mismo que marcó una diferencia importante entre los niños que participan en el cepillado diario y los que no lo hacen (porque sus padres decidieron que no participaban del programa de horario extendido). Del 2º al 4º año del proyecto, se hizo un estudio longitudinal, ahora sí, midiendo prevalencia de caries dental. Los resultados estarán disponibles hacia noviembre del 2017.

“

Un efecto secundario del exceso de escuelas de odontología es la proliferación de cadenas de clínicas, que contratan al odontólogo y éste pasa de ser el líder del equipo dental, a un empleado más.”

Los odontólogos sabemos que programas de este tipo son exitosos y duran mientras alguna empresa regala producto (cepillos y pastas); es por eso que decidí buscar un camino para transformarlo en política pública y fue así como lo llevamos a la Comisión de Educación de la Asamblea Legislativa de la CDMX, y el Diputado Juan Gabriel Corchado, entonces presidente de dicha comisión, lo convirtió en una ley, aprobada por la Asamblea el 16 de noviembre de 2016, y ahora sí, cada inicio de año escolar a partir del ciclo 2017/2018 todos los niños inscritos en Preescolares y Primarias Públicas de la Ciudad de México recibirán un kit de salud bucal

con cepillos y pastas para la casa y para el salón de clases, así como instrucción en cuidado bucal. Este programa es único en el mundo en el sentido que suma durante 9 años (preescolar y primaria) los buenos hábitos de lavado de manos + comida saludable + cepillado dental diario, al menos una vez por día. Estimamos que iniciando a la edad adecuada (3 años) y repitiéndolo durante 9 años al menos una vez al día durante los 200 días que dura el ciclo escolar en México, creará una nueva actitud ante el buen hábito del cepillado diario, el mismo que repercutirá en una mejora en la salud bucal de los niños. Este proyecto que ya es ley en la CDMX, está ahora en fase piloto en 6 estados de la república mexicana.

ODH: ¿Qué impulso tiene previsto dar en la FDI si es elegido?

JE: La FDI se ha transformado en los últimos años y existen diferentes programas, donde destaca la Visión 20/20, creo que es tiempo de pasar de la Visión a la Acción. Buscar nuevas y diferentes formas de promover la salud bucal para poder minimizar el impacto de las enfermedades bucales en la salud general de los individuos. Por ejemplo, hoy hay suficiente evidencia que confirma que adultos mayores con buena salud bucal gastan mucho menos en su salud general, simplemente porque se enferman menos que aquellos con mala salud bucal. Falta hacer la verdadera matemática de las enfermedades bucales y sus secuelas. La mayoría de la gente y muchos gobiernos se quedan en un nivel muy superficial y creen que lo caro son los diferentes tratamientos para recuperar la salud bucal. Falta establecer el verdadero impacto del costo de la diabetes, las enfermedades cardio pulmonares, el costo de pérdida de días de trabajo por causa de problemas en la boca; problemas de violencia intrafamiliar y demás temas que están muchos de ellos íntimamente relacionados con una buena o mala salud bucal. El día que esto quede debidamente investigado y aclarado el ahorro para las familias,

comunidad y gobierno, hará que finalmente se tome a nuestra profesión con el debido respeto.

ODH: La plétora profesional en España se percibe como un grave problema por la distorsión que provoca un excesivo número de profesionales. ¿Cómo es la situación en el entorno de Iberoamérica y en el mundo? ¿Cree usted que se debe actuar desde los poderes públicos para evitarla? ¿Debería limitarse el número de alumnos?

JE: En México y en el resto del mundo han proliferado las escuelas de Odontología. Muchas de ellas privadas, porque se ha convertido en un excelente negocio. Es decisión de cada país o región analizar las verdaderas necesidades de cada región, sin embargo basta ver que una gran mayoría basan sus programas de estudio era la rehabilitación y no en la prevención. Hace falta un análisis profundo de este problema. Un efecto secundario del exceso de escuelas de odontología es la proliferación de cadenas de clínicas de atención odontológica de alto y bajo costo, que contratan al odontólogo y éste pasa de ser el líder del equipo dental, a un empleado. Otro tema difícil de tratar y que amenaza a la profesión y la calidad de los servicios prestados en cuanto a salud bucal se refiere.

ODH: En España estamos inmersos en un debate sobre la necesidad de especialidades en odontología. ¿Cómo ve usted el futuro del odontólogo generalista?

JE: Yo soy orgullosamente un Dentista General. Mi entrenamiento de postgrado a finales de los setenta fue en Odontología Familiar que amplió mi panorama de la profesión y me permitió realmente integrar las diversas especialidades en beneficio de mis pacientes. Todo el entrenamiento que tienda a mejorar las capacidades y habilidades del odontólogo de acuerdo a sus competencias es bueno. La exageración es en mi opinión lo que no lo es tanto •

MARISOL UCHA DOMINGO

"Esta profesión se ha rejuvenecido y feminizado muy rápidamente, pero muchos aún no se han enterado."



La odontología española cuenta en la actualidad con una fuerte presencia femenina y Marisol Ucha Domingo es una de sus representantes más destacadas y activas de los últimos años. Poseedora de un completo currículum como Licenciada en Medicina y Cirugía, y en Odontología, además de Máster en Dirección y Administración de Empresas, en su larga trayectoria ha combinado su actividad como docente en la Universidad Alfonso X El Sabio, donde ha desempeñado cargos en la jefatura de estudios de Odontología y como Coordinadora de Odontología Preventiva y Comunitaria y de Historia de la Odontología, con su intenso trabajo como Vicepresidenta del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: *Tras una larga trayectoria en el mundo de la odontología como docente, y dirigente colegial ¿cómo valora el momento actual de la profesión?*

Marisol Ucha: Esperanzador. La crisis hizo mucho daño a la profesión pero sirvió para que los más afortunados y visionarios aprovecharan para aprender cómo se podía competir con las nuevas formas de mercado, resistieron, se formaron más que nunca, analizaron lo que los pacientes demandaban, invirtieron en tecnología y fidelizaron a sus colaboradores y pacientes. Aparecieron clínicas más modernas, más atractivas, tecnológicamente avanzadas y punteras en tipos de tratamientos que competían con macroclínicas y franquicias ofreciendo algo que ellas no tenían ni tendrán nunca, un dentista que siempre estará ahí y en el que su éxito profesional se mide por la salud y confianza de sus pacientes, y en este momento están recogiendo

los frutos. Les va muy bien. Ellos han hecho que Madrid tenga una oferta odontológica de muchísima calidad. Estoy convencida de que son la apuesta para el futuro. La población empieza a tener criterios de selección y querrán lo mejor.

Por desgracia, otras muchas clínicas se vieron abocadas a cerrar con el drama que eso supuso para los profesionales y sus familias. Fue durísimo.

En el momento actual hemos visto cómo la mercantilización de la profesión acarrea graves consecuencias para los pacientes, casos como el de Funnydent, Vitaldent, y otras muchas marcas se encuentran en los tribunales y aunque no siempre parece que éstos entiendan la gravedad de lo que ocurre, a la luz de incomprensibles sentencias dictadas, pero antes o después tendrán que "despertar" porque las reclamaciones y denuncias se acumulan y la situación empieza a ser insostenible para algunos que se escudan en "supuestas subvenciones y fines sociales". Por otro lado, los colegios

profesionales no paran de reclamar a los políticos que pongan fin a tantos desmanes y ese momento, espero que llegará.

Otra realidad fue la de los dentistas que tuvieron que salir de España y que en este momento está disminuyendo.

La publicidad engañosa es una las reivindicaciones más peleadas por los Colegios y parece que a muchos políticos ya les empieza a sonar el tema y muy probablemente la situación de regulación que disfrutaban algunas autonomías se extienda al resto de España.

El número de jóvenes españoles que quieren estudiar odontología ha disminuido notablemente. En las universidades privadas se notó a raíz de la crisis, y el control por parte de la ANECA impide e impedirá que se matriculen todos los alumnos que lo deseen, como pasaba antes.

Por todo ello, creo que estamos en una situación mejor que hace unos años.



ODH: *¿Ha cambiado el perfil de los alumnos a lo largo de los últimos años?*

MU: Sí, como consecuencia de la falta de valores de la sociedad actual que ha creado, en general, jóvenes con poca fortaleza ante las dificultades, cómodos, con poco espíritu de sacrificio, acostumbrados a tener todo sin esfuerzo alguno y con unos padres que están dispuestos a pelearse con los profesores si "el niño suspende" o se le llama la atención. Además, el sistema educativo preuniversitario no prepara a los jóvenes suficientemente. Esto ha llevado a que la propia universidad se moldee a la nueva realidad de su alumnado, con todo lo que conlleva, pero no ha ajustado sus metas ni metodologías a la nueva realidad que exige formar a los profesionales del siglo XXI. La información, a través de internet, se encuentra ya al alcance de cualquiera, y los docentes tenemos responsabilidades mayores y diferentes a las de hace unos años.

Por otro lado, en las universidades a raíz de la crisis los alumnos españoles dejaron de matricularse (odontología es una carrera costosa) por lo que fueron "tomadas" por alumnos italianos y franceses e incluso asiáticos.

Pero, en contraste con todo esto, también hay jóvenes brillantes, comprometidos y sacrificados que darán muchas satisfacciones a la profesión.

ODH: *¿Qué factores motivan a los jóvenes a iniciar los estudios de odontología?*

MU: Hace años se vivió un auténtico boom, una gran mayoría de jóvenes quería ser dentista y los padres estaban encantados de que así lo decidieran sus hijos y además, tenían la oportunidad de hacerlo en las universidades privadas y no depender

de unas décimas, en muchos casos, para hacer realidad su "sueño".

Ser odontólogo era una profesión con grandes expectativas de futuro donde los recién licenciados encontraban trabajo sin grandes dificultades y con mayores ingresos que los amigos que habían elegido otras titulaciones.

Esto cambió cuando la crisis llegó y la plétora se instaló definitivamente. Las expectativas no se cumplían y los jóvenes comenzaron a "arrepentirse" de querer ser dentistas, algo que no había ocurrido entre los estomatólogos, con una situación económica más favorable en tiempos de escasez de profesionales, una casi nula competencia y menores exigencias por parte de los pacientes. Eso sí, ganaban bien, pero trabajaban mucho para conseguirlo, nadie les regaló nada, y qué decir de cuando el "titanio" lo llenó todo... de esa bonanza arrancan las vocaciones sin fin por ser dentistas.

ODH: *A nivel profesional, ¿qué actividad le reporta más satisfacción personal?*

MU: Tengo la inmensa suerte de disfrutar con todo aquello que decido hacer o emprender y por tanto, me llena de satisfacción lo que hago y el día que eso ya no es así necesito cambiar el rumbo. Me considero una persona luchadora, optimista, y me siento afortunada y agradecida con la vida y con los que me rodean.

ODH: *Más del 70% de los nuevos licenciados son mujeres, ¿cree que la profesional femenina está suficientemente valorada?*

MU: Creo que no. Esta profesión se ha rejuvenecido y feminizado muy rápidamente y pienso que muchos todavía no se han enterado. Es más, hay instituciones en las que las mu-

jes brillan por su ausencia, y las pocas que se atrevían a participar activamente fueron maltratadas por el hecho de ser mujeres. Pienso que es una obligación poner a las dentistas y auténticas heroínas de la profesión (dentistas, empresarias y ocupadas de su familia) a la altura que se merecen. El COEM ha sido en este sentido, pionero y un ejemplo a seguir.

Frente a esto, hay muchísimos pacientes que están encantados con sus dentistas mujeres, a las que valoran y aprecian por su profesionalidad, empatía y esfuerzo. Y esto no siempre es fácil, el machismo también anida en los pacientes que, inicialmente, pueden pensar que es mejor dentista el padre que la hija, el hermano que la hermana... pero al final acaban ganado ellas.

ODH: *El debate de las cuotas nos resulta manido pero ¿qué opina de que haya tan pocas mujeres en los órganos de representación. ¿Es normal que entre los miembros electos del Comité Ejecutivo del Consejo General no haya ninguna mujer? ¿Cree que tiene solución?*

MU: Me parece, cuanto menos, una torpeza. No se trata de pedir que se nos haga un favor a las mujeres invitándonos a participar en los órganos de decisión y representación de la profesión, se trata de que las mujeres somos una voz de valor para las instituciones con mucho que aportar y mucho que innovar. Estas instituciones tienen que adaptarse a la realidad actual, una odontología femenina y joven.

ODH: *¿Cómo valora el papel de la Universidad pública en la formación de los nuevos profesionales?*

MU: Pues al igual que se vivió el boom cuando muchísimos jóvenes querían ser dentistas, otra locura semejante ocurrió cuando las Comunidades Autónomas quisieron tener su propia Facultad de Odontología sin valorar la necesidad y conveniencia de su creación y con inversiones públicas enormes. Opino que en la situación de la plétora profesional influyeron muchas circunstancias.



ODH: Sobre el debatido tema de las especialidades, ¿cree que realmente hay tanta demanda de esos estudios reglados o quizá hay más ruido que realidad en el debate?

MU: Creo que las especialidades son necesarias por los motivos que todos conocemos y, en cuanto a la demanda, hasta que no existan no podremos precisarla.

ODH: Es un hecho constatado que hay un exceso de profesionales para la demanda real. ¿Cree que limitar el número anual de alumnos podría ayudar a contener la sobrecarga del mercado con nuevos odontólogos?

MU: El número de estudiantes españoles actualmente ha disminuido y la ANECA está controlando muy de cerca el número de estudiantes que se matriculan anualmente pero no sé si esto será suficiente para que el mercado pueda absorber a todos los profesionales existentes. Pienso que será complicado a corto plazo, aunque en estas circunstancias están surgiendo magníficos profesionales que no se rinden ante la situación. Solo hay que ver cómo los jóvenes dentistas españoles están en los congresos de todo el mundo dando testimonio del nivel de la odontología española.

ODH: Ha desempeñado el cargo de Vicepresidenta en el COEM. ¿Qué destacaría de las actividades que desarrolla el mayor colegio profesional de España en defensa de los intereses de los jóvenes profesionales?

MU: La formación es un pilar muy importante y donde el COEM invierte mucho esfuerzo y medios. La formación continuada es gratuita y de gran nivel. Los Congresos del COEM se han convertido en tres ediciones en un referente a nivel nacional, talleres, cursos... en fin, una oferta tan amplia que le hace único. Proporcionar esta preparación a los jóvenes es fundamental.

La Guía DIP, que elaboró el COEM, cuando los jóvenes profesionales se veían obligados a salir de España,

ayudó y ayuda a muchos a facilitarles la dura situación al salir de su país.

Existe una asesoría jurídica que revisa gratuitamente los contratos antes de firmarse con el fin de que no se produzcan abusos y está a disposición de los colegiados.

El anterior Presidente, Ramón Soto Yarritu y el actual, Antonio Montero, y sus Juntas de Gobierno han sido y siguen siendo, muy sensibles con sus jóvenes. Es muy penoso ver la precariedad laboral que sufren muchos de ellos pero también es indignante la situación de algunos jóvenes que, sin la formación necesaria, abordan tratamientos complejos a pacientes de pocos recursos que acuden a clínicas por las supuestas ayudas que ofrecen, y en los que provocan, muchas veces, daños irreparables. A veces es desalentador lo poco participativos que pueden llegar a ser los jóvenes con temas que les afectan directamente y lo impermeables que son a iniciativas que se ponen muchas veces en marcha.

Creo que hay que hacer, entre todos, un ejercicio de adecuación permanente de una profesión que avanza y cambia muy rápidamente.

ODH: En estos últimos años ha participado en importantes proyectos que han sido impulsados por el COEM. ¿De cuáles se siente más orgullosa?

Hay muchos proyectos preciosos en los que he participado pero destacaría el Congreso Bienal, las campañas de promoción de la salud oral como la Semana de la Higiene Oral, la salud infantil, la salud oral en los bebés, en los mayores, el paciente oncológico, así como numerosas iniciativas en la Funda-

ción del COEM, la acción AMIGOS COEM...

Además se han firmado acuerdos de colaboración con la Asociación Española contra el Cáncer, Ministerio del Interior, con las universidades madrileñas, Hospitales de Madrid, Hospital de la Cruz Roja, Mensajeros de la Paz, Asociación de Enfermedades Raras, ayuntamientos, centros educativos...

Todas estas acciones son el resultado del trabajo en equipo, un estupendo grupo formado por profesionales generosos y magníficos, muchos de los cuales son hoy mis amigos.

No me gustaría dejar pasar esta oportunidad para destacar el papel de Ramón Soto Yarritu al frente del Colegio de Odontólogos de Madrid, ya que su gestión al frente de la entidad ha sido todo un ejemplo de buen hacer. Dinamizó, modernizó, por dentro y por fuera el Colegio, le dio sentido y contenido al COEM y, lo más importante, es que marcó el rumbo de lo que podía llegar a ser la labor colegial y obligó, afortunadamente, a que muchas cosas cambiaran. Desde mi punto de vista un gran espejo en el que deberían mirarse algunos de los colegios profesionales para salir de su inmovilismo.

ODH: La media de edad del colectivo de odontólogos de nuestro país es, en general, muy baja, ¿quiere hacerles alguna recomendación?

MU: Formación, ilusión, trabajo, esfuerzo y pasión, con esos ingredientes creo que pueden alcanzar muchos sueños. La competencia es feroz y los buenos profesionales jóvenes que hoy tenemos en nuestro país son un ejemplo a seguir.

ODH: ¿Qué proyecto que aún no haya desarrollado le gustaría poner en marcha?

MU: Muchos, pero sería estupendo conseguir unir y poner en valor las magníficas clínicas y profesionales que ejercen en Madrid con el fin de poder ofrecer a la sociedad una odontología digna y de calidad y también proporcionar atención bucodental a los más desfavorecidos •



¿Ya lo tienes todo listo para el verano?

Tú preocúpate de disfrutar, ¡Nosotros nos ocupamos de tu plan de marketing!

	Identidad Corporativa		Marketing On/Offline
	Audiovisual		Diseño Web
	Prensa y Comunicación		Organización de Eventos
	Diseño Editorial		Ilustración
	Diseño de Espacios		

360° de servicios creativos a medida



ARMAND ARILLA ALMUNIA

"La especialización de los profesionales y la gestión basada en calidad y eficiencia son claves del futuro del sector"



La Fundación Josep Finestres es una entidad sin ánimo de lucro del grupo Universidad de Barcelona, UB. El objeto fundacional de la entidad es promover, organizar y gestionar hospitales, clínicas, centros, servicios y unidades hospitalarias, donde el alumnado de los estudios de odontología y otros del ámbito de ciencias de la salud de la UB, puedan adquirir la experiencia y los conocimientos prácticos necesarios.

El Hospital Odontológico Universidad de Barcelona es el centro dedicado a la formación del alumnado de grado y postgrado de la Escuela de Odontología de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la UB.

Armand Arilla Almunia lleva al frente de la fundación algo más de 6 años como director general, implantando cambios en el modelo organizativo que se han traducido en extraordinarios resultados.

MARÍA JOSÉ GARCÍA

Odontólogos de hoy: ¿Cómo llegó a la odontología?

Armand Arilla Almunia: Soy médico y durante la mayor parte de mi vida laboral me he dedicado a la gestión sanitaria de hospitales, centros de atención primaria, salud mental, atención sociosanitaria, y atención social, todo ello tanto a nivel público como privado. Llevo casi 30 años ejerciendo como directivo de centros sanitarios, aunque en los inicios de mi carrera también ejercí la medicina. Esta trayectoria profesional me ha permitido conocer el sector salud en profundidad y vivir en primera línea la evolución de los diferentes modelos de gestión.

En un momento de mi etapa profesional me plantean el proyecto de asumir la dirección general de la Fundación Josep Finestres del grupo Universidad de Barcelona. Me

pareció un proyecto muy interesante y motivador, un nuevo reto.

ODH: *Precisamente una de las grandes novedades del sector de la odontología son los nuevos modelos de gestión de equipos, de metodología en los tratamientos, de la relación con los pacientes. Desde su punto de vista, ¿cómo valora esta "gestión del cambio" que se está desarrollando en numerosas clínicas y hospitales de nuestro país?*

AAA: Era un paso totalmente necesario en un mercado dinámico y cambiante, no hay más camino para continuar en él que actualizar los modelos de gestión de equipos, adaptarse a las demandas de los pacientes cada vez más informados, y ofrecer herramientas de comunicación para hacerles más participes de su proceso y de la toma de decisiones.

Por otro lado, dotar a los clínicos de sistemas de la información para facilitar el proceso diagnóstico y plan de tratamiento, garantizando siempre la seguridad del paciente y facilitando el éxito en el resultado.

Con respecto a las nuevas metodologías en los tratamientos, deberían basarse siempre en procesos de investigación, hecho totalmente garantizado en centros con el perfil del nuestro, hospitales y clínicas universitarias donde se realiza docencia clínica a alumnos de grado y postgrado.

ODH: *¿Qué proyectos desarrollan en la Fundación para la promoción de estos nuevos modelos de gestión en la práctica clínica?*

AAA: Existe una necesidad de formación en gestión. No podemos olvidar que, aunque las profesiones



sanitarias están al servicio de los pacientes que depositan su confianza y su salud en nuestras manos, hay que gestionar los centros tanto públicos como privados como lo que son, empresas que requieren garantizar su viabilidad económica y sostenibilidad en el tiempo.

Al respecto y como ejemplo, la Escuela de Odontología de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona, ofrece un interesante diploma en "Dirección y gestión de clínicas dentales", que dota a profesionales de la odontología de conocimientos en gestión de una forma integral.

ODH: *¿Cómo valora la situación actual del sector y el planteamiento de actuación de las nuevas clínicas?*

AAA: El sector de la odontología ha experimentado grandes cambios motivados, por un lado, por una plétora de profesionales de la odontología, y por otro lado, por la incorporación al mercado de nuevos centros de provisión de servicios odontológicos. Compañías aseguradoras y de marcas franquiciadas han surgido con fuerza en los últimos años.

En este contexto de alta competitividad, tanto a nivel profesional como a nivel empresarial, no queda más alternativa que la especialización de los profesionales para diferenciarse y la aplicación de modelos de gestión actuales que primen la eficiencia y la calidad del servicio.

ODH: *¿Qué destacaría de su etapa de gestión?*

AAA: Si lo tuviera que resumir en una sola frase, aunque es difícil, destacaría la implantación del modelo organizativo y de funcionamiento hospitalario llevado a la clínica dental. Un cambio de cultura organizativa, y en este caso concreto aplicado a la complejidad que supone implantarlo en una clínica odontológica universitaria. Hay que tener en cuenta diversos factores, como la propia historia de la entidad, el volumen de actividad tanto docente como clínica, en definitiva, la magnitud del cambio. Por ello ha sido muy importante en la gestión de dicho cambio, el acompañamiento.

ODH: *¿En qué ha consistido el cambio?*

AAA: El cambio ha sido a todos los niveles: estructural, tecnológico, organizativo, funcional, implementación de nuevos sistemas de la información, comunicación e imagen corporativa, pero especialmente destacaría el cambio cultural. Lo realmente clave ha sido la implantación del modelo hospitalario. Fue fundamental definir la misión, la visión y los valores de la organización, identificar los diferentes grupos de interés y establecer canales de comunicación internos y externos para comunicar cada paso.

Sabía que teníamos un gran potencial, el conocimiento, el talento de las personas, todo un equipo

“*En este contexto de gran competitividad no queda más alternativa que la especialización de los profesionales.*”

humano extraordinario, lo importante era ordenar y organizar para crear equipos eficientes. Apoderar a las personas definiendo áreas de responsabilidad. Se procedió a la jerarquización del centro, pasando en ese momento de la denominación de "Clínica Odontológica Universitaria" a "Hospital Odontológico Universidad de Barcelona".

Muy importante también ha sido establecer sinergias y alianzas formales con instituciones que compartieran valores con la fundación. Nos permitió avanzar en el camino y diferenciarnos por un valor añadido.

Destacar también en el proceso de cambio nuestra apuesta por implantar la cultura de la calidad en la organización, no tanto con el objetivo final de conseguir una certificación o sello, sino como algo que forme parte del ADN de la organización y se integre en ella poco a poco.

ODH: *¿Cómo ha sido la gestión del cambio?*

AAA: La implantación del nuevo modelo, ha sido difícil y laboriosa, pero muy motivadora, especialmente por los resultados obtenidos



a lo largo de esta etapa de gestión. Un cambio de modelo y de cultura organizativa lleva implícito que surjan algunas resistencias inherentes al cambio, lo más inteligente es detectar las necesidades de los diferentes grupos de interés, y acompañarlos en el cambio.

Me gustaría destacar la magnífica respuesta por parte del personal de la Fundación. En todos los momentos de la etapa, han creído en el proyecto y su implicación ha sido muy importante.

Para conseguir esa respuesta, se ha apostado por creer y apoderar a las personas. Una forma de lograr "empowerment" es facilitando recursos. Nosotros hemos creído en todo momento que la formación continuada era la mejor herramienta. La respuesta y participación del personal ha sido muy satisfactoria.

ODH: *¿Cómo se lidera un cambio de estas características?*

AAA: En primer lugar, se parte de un buen análisis, un diagnóstico de situación, para poder posteriormente realizar el enfoque adecuado y definir un buen plan estratégico.

Una vez planificados objetivos, acciones y equipos, es fundamental explicar a todos los miembros de la organización hacia dónde vamos y cómo vamos a hacerlo.

Por supuesto, existen dificultades, no siempre es fácil llegar a todos los públicos objetivos de la misma forma y con la misma intensidad, pero no hay que desfallecer en el proceso. Todo lo que les comento, análisis, planificaciones y despliegue de acciones, no po-

dría hacerse por supuesto sin contar con un buen equipo humano, que crea en el proyecto y lo haga suyo. Este cambio debe contar en todo momento con el compromiso y apoyo de los órganos de gobierno de la entidad. A este respecto, cabe decir que he contado con él durante todo el proceso, y muy especialmente, en los momentos más críticos.

ODH: *Hoy día el trabajo está marcado por el seguimiento de protocolos. ¿Cómo incide esto en los resultados?*

AAA: Directamente, la aplicación de normas consensuadas y aprobadas como son los protocolos, consiguen prevenir el error, disminuir o evitar la variabilidad clínica, garantizar la seguridad del paciente, mejorar la eficacia y eficiencia de los equipos humanos, mejora también la comunicación entre los profesionales, optimiza recursos y con ello disminuyen los costes.

Todo ello está demostrado que impacta directamente en los resultados tanto cualitativos, como en los económicos y financieros.

ODH: *¿Hay riesgo de que el trabajo burocrático acabe con la libertad de los profesionales?*

AAA: No debería, si el citado trabajo se integra en las actividades de los profesionales. Si entendemos por burocracia estar delante de un ordenador registrando datos en la historia clínica de un paciente, no es así, puesto que esto forma parte del proceso asistencial y estamos

“
La implantación del nuevo modelo ha sido difícil, pero muy motivadora, especialmente por los resultados obtenidos.”

cumpliendo con una parte clave para llegar a una correcta orientación diagnóstica y posterior plan de tratamiento.

Estamos hablando de herramientas eficaces para el proceso asistencial y explotación de datos que garanticen el continuum asistencial y sirvan de base de futuros estudios clínicos.

ODH: *¿La ética puede poner frenos a la productividad?*

AAA: La ética no tiene por qué estar reñida con la productividad, muy al contrario, considero que la ética debería acompañar siempre toda actuación en cualquier disciplina, pero muy especialmente en aquellas que tienen relación con la provisión de salud a las personas.

No olvidemos, que la finalidad última de la atención al paciente no puede medirse en productividad, sino en efectividad sobre la mejora de su estado de salud.

Los profesionales de la salud iniciamos nuestra trayectoria laboral partiendo de la aceptación de un código ético y deontológico.

ODH: *¿Podría destacar tres acciones relevantes de su gestión?*

AAA: Destacaría en primer lugar el cambio de modelo organizativo del hospital odontológico. El proceso de jerarquización ha permitido convertir la inicial Clínica Odontológica Universitaria en un hospital monográfico dedicado a la salud bucodental, ordenado en servicios y unidades, liderados por profesores de la Escuela de Odontología de la Universidad de Barcelona de reconocido prestigio académico. Los jefes de servicio y unidades con los que cuenta actualmente el hospital, son líderes de opinión del sector odontológico del país.

Otra de las acciones relevantes, es la firme apuesta por la inversión, siempre partiendo de un análisis previo, pero era necesario invertir para avanzar y diferenciarse como el hospital de referencia en salud bucodental de Cataluña.

Justamente, dentro del capítulo de inversión destacar la creación de una nueva área quirúrgica dotada de equipos a la vanguardia y conectada a un aula de sesiones con un sistema de audiovisuales, que permite a profesores y alumnos alcanzar los objetivos de docencia y práctica clínica, y a los pacientes ser atendidos con una alta calidad asistencial.

Otra acción a destacar, es que hemos potenciado unidades clínicas. En el Hospital Odontológico Universidad de Barcelona, hay muchísimo talento y durante esta etapa hemos querido potenciar unidades clínicas existentes, al tiempo que hemos creado nuevas, para cubrir necesidades específicas de la población del área de influencia.

ODH: *Como gestor experimentado, ¿qué consejos le daría a aquellos que tengan previsto abrir una clínica?*

AAA: Les aconsejaría que fueran visionarios y aunque con una lógica prudencia, que sean innovadores. Se debe partir siempre de un buen análisis, planificar objetivos y

acciones y avanzarse a las expectativas del cliente.

Les diría también que una forma de diferenciarse es implantando la calidad en los centros, destacar por ofrecer servicios de calidad sin olvidar lo que ahora llaman la "experiencia cliente". Ya saben, le denominamos paciente cuando le estamos prestando servicios de salud bucodental, pero por otro lado no deja de ser un cliente, puesto que nos escoge en un mercado de libre competencia.

ODH: *En la actualidad y justo saliendo de una etapa de crisis económica y social importante, ¿qué compromiso hay por parte de la Fundación respecto a la población con escasos recursos?*

AAA: Tanto la Fundación, como el propio Hospital Odontológico Universidad de Barcelona, han establecido convenios de colaboración con diferentes entidades y asociaciones de carácter social, para la prestación de servicios de salud bucodental a la población que amparan.

Del mismo modo, este año hemos puesto en funcionamiento una clínica de carácter social en Barcelona. El nuevo centro, la Clínica Torre Baró Universidad de Barcelona, únicamente atiende a pacientes que precisan atención odontológica y llegan al centro derivados de los servicios sociales del Centro de Atención Primaria y del distrito municipal.

ODH: *Y 6 años después, ¿cuál es su visión?*

AAA: Era un reto difícil, teniendo en cuenta que fueron muchos cambios en lo referente tanto a contenido, como intensidad y velocidad, digamos que esta última no siempre ha sido de crucero. Esto, desde mi experiencia en gestión, sé que genera cierto estrés en los equipos y que la clave está en la comunicación. Explicar el proyecto, hacia dónde vamos, cómo vamos a hacerlo.

Ahora, echando la vista atrás, es mucho el camino recorrido y con muy buenos resultados a todos los niveles, de actividad, cualitativos y

“
Los profesionales de la salud iniciamos nuestra trayectoria laboral partiendo de la aceptación de un código ético y deontológico.”



económico-financieros. Produce una gran satisfacción ver cómo las personas que forman parte de la Fundación, tienen un marcado sentimiento de pertenencia. Este es uno de los mejores logros y sin duda la clave del éxito. Si usted me preguntara si volvería a embarcarme en el proyecto le diría firmemente sí, a pesar de las dificultades.

ODH: *Y después de todo este cambio, ¿Qué le queda por hacer?*

AAA: Fíjese que muchas cosas. Continuar el camino que dibujamos hace 6 años en un plan estratégico. Muchos son los proyectos que ya han visto la luz, otros están en curso, y algunos de ellos, están en la fase de ideas. Proyectos capaces de mover montañas y de motivar a cualquier gestor que vibre con su profesión.

Todavía hoy, seis años después puedo decir que me ilusiona ir a trabajar, porque todavía queda por recorrer un camino apasionante en el que seguimos trabajando •

AUTOR:

DR. EDUARDO MAHN.
SANTIAGO DE CHILE

Caso Clínico

Cementación adhesiva de carillas parciales

El deseo de lograr restauraciones anteriores estéticamente agradables, mínimamente invasivas y perfectamente disimuladas ha existido desde los albores de la odontología. Sin embargo, no ha sido hasta hace poco que ha resultado posible hacer realidad este deseo. Durante muchos años, los odontólogos tuvieron que lidiar con la opacidad de las coronas cerámicas con metal (PFM) hasta que surgieron las coronas sin metal. A pesar de ello, estos materiales cerámicos no eran suficientemente resistentes para su adecuación a indicaciones menos invasivas. Finalmente, aparecieron las carillas cerámicas. Las preparaciones de carillas son mucho menos invasivas que las preparaciones de coronas, aún con todo todavía requerían cierta preparación. Además, las carillas tenían que diseñarse de forma que cubrieran toda la superficie bucal. Sin embargo, gracias a los avances en tecnología cerámica y a los composites de fijación disponibles actualmente, ahora es posible utilizar carillas parciales e insertarlas sin ninguna dificultad.

Las carillas parciales son carillas cerámicas que solo cubren la parte del diente que falta o que se ha partido o erosionado. Como resultado de ello, el diente solo justifica una preparación parcial, si es que requiere preparación.

Este enfoque se ha hecho posible por dos motivos:

1. Los nuevos materiales cerámicos disponibles. La posibilidad que ahora tienen los prótesis dentales de recubrir cualquier restauración cerámica. Pueden elegir entre utilizar un material cerámico de fluorapatita como, por ejemplo, IPS e.max Ceram, o presionar la restauraciones desde una pastilla muy translúcida como las pastillas Opal o HT de la gama IPS e.max Press.
2. Los composites de fijación han mejorado. La gama de modernos cementos estéticos es amplísima. Y se ofrecen en varios grados de brillo para combinarlos con el brillo del diente natural restaurado con una carilla o carilla parcial. Además, estos composites de fijación contienen fotoiniciadores desarrollados recientemente que mejoran sus capacidades de polimerización y estabilidad del color a largo plazo.

El material cerámico seleccionado para una restauración depende del tamaño del defecto y/o de los efectos ópticos y la estabilidad que el odontólogo desee alcanzar. La técnica de estratificación es probablemente la primera opción para dientes con múltiples efectos ópticos. Si es necesario utilizar carillas parciales que no garanticen efectos especiales pero incluyan el borde incisal completo, la opción más probable sería una cerámica de gran resistencia como el disilicato de litio.

A la hora de seleccionar un material de fijación para carillas y restauraciones parciales, Variolink Veneer de Ivoclar Vivadent es sin duda la primera elección de muchos odontólogos. Su sucesor, Variolink Esthetic, acaba de salir al mercado. Este material de fijación está disponible en una versión de polimerización dual y fotopolimerización. El concepto de efecto de color en el que se basan los cinco colores del producto permite al odontólogo ajustar el efecto de color de la restauración para que tenga una apariencia más oscura/amarillenta o más luminosa/blanquecina, según sea necesario. Además, el efecto del color puede comprobarse antes de la cementación final con la ayuda de pastas de prueba en los correspondientes efectos de color. El composite incorpora el recién patentado fotoiniciador Ivocerin, que dota al cemento de una estabilidad de color duradera. Además, Variolink Esthetic es fácil de usar gracias a su consistencia situacional flexible y sencillas características de limpieza.

El siguiente informe clínico describe la inserción de dos carillas parciales colocadas con Variolink Esthetic LC en el color «Warm».

CASO CLÍNICO

Un paciente de 46 años de edad visitó nuestra consulta para solicitar la sustitución de una carilla parcial Mirage colocada hace 20 años. Estaba convencido de que la carilla necesitaba ser sustituida debido al desgaste del incisivo central adyacente (figuras 1 y 2). Se decidió utilizar carillas parciales para mejorar la situación. La figura 3 muestra la preparación realizada sobre el diente. Una vez recibimos las carillas (IPS e.max Press HT) del laboratorio, utilizamos las pastas Variolink Esthetic Try-In para determinar un color de cemento coincidente para la cementación final. En este caso concreto, el mejor resultado nos lo proporcionaba el color «Warm» (figuras 4 y 5). A continuación, se cubrieron los dientes adyacentes con cinta de Teflon. Se colocó una tira Mylar entre los dientes (figura 6). Se grabó el esmalte durante 20 segundos y la dentina durante 10 segundos (figuras 7 y 8), antes de enjuagar con agua (figura 9). Acto seguido, se aplicó Adhese Universal y se dejó reaccionar durante 10 segundos (figuras 10 y 11). Se aplicó Variolink Esthetic LC «Warm» a las carillas parciales antes de colocarlas (figuras 12 y 13). Se eliminó cuidadosamente el cemento sobrante con un cepillo antes de fotopolimerizar (figura 14). Se fotopolimerizaron primero las carillas, simultáneamente por ambos lados durante cinco segundos utilizando lámparas de



Fig 1. Situación preoperatoria



Fig 2. Primer plano de la situación preoperatoria



Fig 3. Dientes preparados



Fig 4. elección del color del composite de fijación: Variolink Esthetic LC en color «Warm»



Fig 5. Prueba de ambas carillas parciales



Fig 6. Antes de colocar las carillas: recubrimiento de dientes adyacentes con cinta de Teflon y separación con una tira Mylar



Fig 7. Grabado de esmalte durante 20 segundos



Fig 8. Seguimiento de grabado de dentina durante 10 segundos.

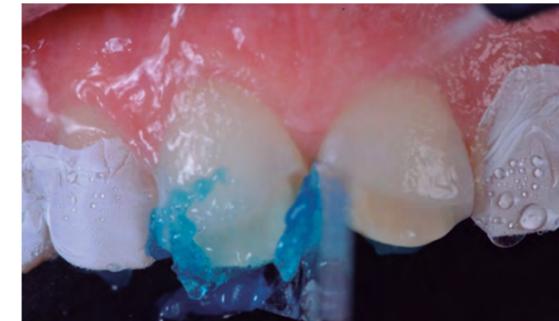


Fig 9. Enjuague con agua pulverizada

polimerización Bluephase Style (figura 15). Para ahorrar tiempo, la polimerización final también se realizó con la ayuda de dos lámparas Bluephase Style ya que cada lado tenía que fotopolimerizarse durante 30 segundos (figura 16). Dado que la fotopolimerización durante este tiempo con dos lámparas funcionando a una intensidad de luz de 1100 mW/cm² puede provocar una acumulación considerable de calor, existe el riesgo potencial de causar daños en la pulpa. Por lo tanto, es aconsejable enfriar los dientes con agua pulverizada como muestra la figura 16. Tras la fotopolimerización, se retiró el cemento sobrante utilizando un escalpelo (n.º de hoja 12) (figura 17). Las imágenes 18 y 19 muestran el resultado final tras cuatro semanas •

NUEVO

Variolink® Esthetic

El composite de cementación estética



Fig 10. Aplicación de agente de adhesión Adhese Universal

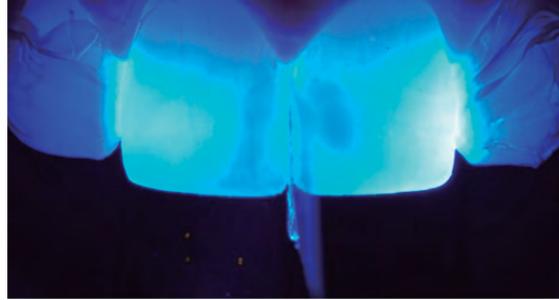


Fig 15. Fotopolimerización durante 5 segundos por ambos lados



Fig 11. Primer plano de procedimiento de adhesión



Fig 16. Fotopolimerización final con dos lámparas Bluephase Style refrigerando los dientes con agua pulverizada



Fig 12. Aplicación de Variolink Esthetic LC «Warm» a las carillas parciales



Fig 17. Eliminación de sobrante con un escalpelo (n.º de hoja 12)



Fig 13. Colocación de las carillas parciales



Fig 18. Vista postoperatoria



Fig 14. Eliminación cuidadosa del cemento sobrante con un cepillo

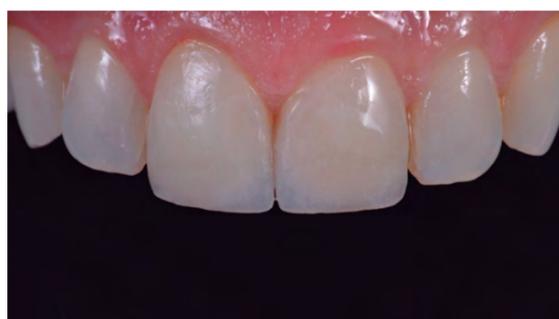


Fig 19. Primer plano del resultado final tras cuatro semanas



“Estética sorprendentemente sencilla!”

El composite de cementación para una estética excepcional y un uso intuitivo...

- Sistema de color Effect equilibrado y conciso
- Excelente estabilidad del color gracias a su composición libre de amina
- Eliminación de excesos fácil y controlada



www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent SLU
Carretera de Fuencarral, 24 | Edif. Europa I - Portal 1 - Planta Baja | 28108-Alcobendas (Madrid)
Telf.: +34 913 757 820 | Fax: +34 913 757 838

AUTORES:

MARÍA ANDRÉS VEIGA.

PROFESORA DEL MASTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA.

HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA.

NATALIA MARTÍNEZ RODRÍGUEZ.

PROFESORA DEL MASTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA.

HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA.

SANDRA MARTÍNEZ GONZÁLEZ.

PROFESORA DEL MASTER DE CIRUGÍA

E IMPLANTOLOGÍA.

HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA.

CÉSAR MARTÍNEZ RODRIGUEZ.

ODONTÓLOGO. COLABORADOR DEL MASTER DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA.

HOSPITAL VIRGEN DE LA PALOMA.

JOSÉ M^o MARTÍNEZ-GONZÁLEZ.

PROFESOR TITULAR DE CIRUGIA.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

UCM.

Caso Clínico

Osteonecrosis de los maxilares asociada al uso de bifosfonatos orales

INTRODUCCIÓN

La osteonecrosis de los maxilares (ONM) se caracteriza por una lesión ulcerada de la mucosa oral con exposición ósea de duración superior a 8 semanas, localizada en los maxilares y asociada al uso de bifosfonatos orales e intravenoso en ausencia de radioterapia a nivel cervicofacial.^(1,2)

Los bifosfonatos son análogos no metabolizados del pirofosfato, con afinidad por el tejido óseo. Actúan sobre los osteoclastos, inhibiendo su quimiotaxis, acortando su vida media, frenando su actividad e induciendo su apoptosis, de tal manera que se detiene la reabsorción ósea.^(3,4)

Desde el año 2003, con la aparición de los primeros casos clínicos de ONM en la literatura, ha habido numerosas publicaciones en relación con el desarrollo de esta patología, la mayoría de ellas secundarias a terapias con bifosfonatos intravenosos, asociados a su vez a diferentes tratamientos con quimioterapia y radioterapia. Ello es debido a que la interrupción de la actividad remodeladora y del turnover celular óseo es parcial en los bifosfonatos orales⁽⁵⁾, por lo que la aparición de ONM en estas terapias se asocia a altas dosis acumuladas tras largos períodos de tiempo.

El objetivo de este artículo es presentar un caso de ONM asociado con la toma de bifosfonatos orales, medidas preventivas y su manejo terapéutico una vez instaurada la entidad clínica.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 72 años, totalmente desdentada y portadora de prótesis completa, es remitida a nuestro servicio por una úlcera persistente de más de 8 semanas de duración. En los antecedentes médicos de esta paciente destaca que padece osteoporosis desde hace 7 años que está siendo tratada con bifosfonatos orales (Alendronato) desde hace 5 años.

En la exploración clínica se observó una zona de exposición ósea, no dolorosa, sin signos clínicos de inflamación ni de infección (Figura 1). Mientras que en la exploración radiológica, en la zona correspondiente a la exposición ósea, se observó un área de osteoesclerosis rodeada por una zona de osteolisis imagen característica de un “secuestro óseo”.

Ante esta situación clínica y radiológica unida al antecedente del tratamiento con bifosfonatos orales durante 5 años se establece como diagnóstico de presunción de una ONM asociada a bifosfonatos orales en Estadio 1.

En base a este diagnóstico se estableció la siguiente pauta terapéutica:

1. Cuantificación en milímetros del tamaño de la exposición.
2. Se suspendió el tratamiento con alendronato en convivencia con el especialista.
3. Enjuagues con colutorio de clorhexidina al 0,2% cada 12 horas durante 15 días.

A los 15 días se realizó un control evolutivo de la lesión, momento en el cual se palpó la zona de hueso necrótico que presentaba una gran movilidad, por lo que se proce-



Figura 1. Exposición de hueso necrótico a nivel de la premaxila



Figura 2. Imagen radiológica de “secuestro óseo”



Figura 3. Hueso necrótico



Figura 4. Lesión ulcerosa después de la exéresis del secuestro óseo

dió a la eliminación del secuestro óseo (Figura 3). Una vez retirado, la zona de la lesión tenía un aspecto ulcerado, pero sin exposición ósea (Figura 4). Se continuó el tratamiento con enjuagues de clorhexidina durante 15 días y se realizó un control clínico, observándose una disminución del tamaño de la lesión y casi completa reepitelización de la zona úlcera (Figura 5).

DISCUSIÓN

La ONM fue definida en el año 2007 por la Sociedad Americana para la Investigación ósea y mineral⁽⁶⁾, como una entidad caracterizada por tres requisitos: toma previa de bifosfonatos orales, presencia de hueso expuesto o necrótico en la región maxilar de más de 8 semanas de evolución, y ausencia de radioterapia previa en esa zona.

Los primeros casos de osteonecrosis de los maxilares asociados al uso de bifosfonatos empezaron a presentarse por primera vez en el año 2003 cuando Marx⁽⁵⁾ publicó una serie de 36 casos todos ellos asociados a bifosfonatos intravenosos. Ruggiero y cols⁽³⁾ publicaron un serie de 63 casos de los cuales sólo 7 estaban con bifosfonatos orales. En España Bagan y cols⁽⁶⁾ en el 2005, publicaron la primera serie de casos en España y Europa. Tradicionalmente, la ONM ha sido relacionada con el uso de bifosfonatos intravenosos con antecedentes de neoplasias con metástasis siendo escasa su aparición secundaria al uso de bifosfonatos orales, oscilando su incidencia entre un caso por 10.000 pacientes y año de tratamiento y entre un caso por 100.000 pacientes y año

de tratamiento. Esta menor incidencia es debida a que en el caso de bifosfonatos orales la inhibición de la actividad remodeladora osteoclástica y del recambio celular óseo es parcial, produciéndose osteonecrosis raramente y sólo en caso de altas dosis acumuladas tras largos períodos de tiempo, determinándose que el riesgo es mayor si la duración del tratamiento es superior a los 3 años.⁽⁷⁾ La Asociación Americana de Cirujanos orales y Maxilofaciales⁽⁷⁾ ha considerado los siguientes factores de riesgo:

1. Relacionados con la medicación: potencia del bifosfonato y duración del tratamiento.
2. Factores locales: cirugía alveolodentaria, anatomía local (en mandíbula torus linguales y línea milohioidea, y en maxilar torus palatinos) y enfermedades concomitantes (historial de patología inflamatoria sobre todo periodontal).
3. Factores demográficos y sistémicos: edad del paciente, tabaco...
4. Factores genéticos.

El tratamiento de la ONM se tiene que orientar a la prevención, por ello es importante el papel del odontólogo que debe saber cómo manejar a los pacientes tanto antes de comenzar el tratamiento con bifosfonatos como una vez comenzado. Así, recientemente han aparecido publicaciones^(8,9) que reducen los casos de ONM en pacientes con tratamientos intravenosos realizando una revisión dental antes de comenzar el tratamiento, eliminando los posibles focos infecciosos dentarios o dientes con mal pronóstico y eliminando torus prominente.

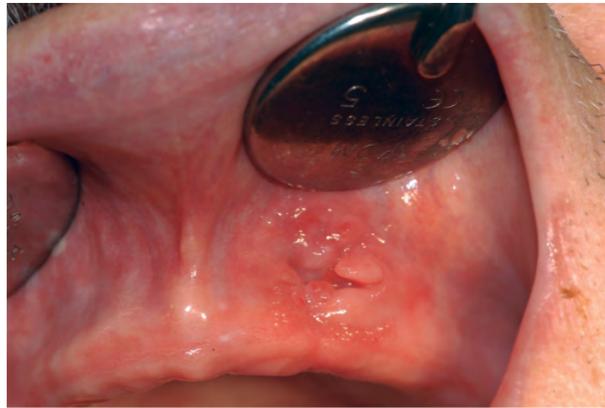


Figura 5. Reepitelización de la lesión ulcerosa un mes después de la exéresis del secuestro óseo

En caso de que ya hayan comenzado el tratamiento con bifosfonatos, se pueden realizar los tratamientos de rutina sin problema alguno, siendo el mayor riesgo los tratamientos quirúrgicos o que afecten al hueso (raspado y alisado, ortodoncia). En este caso, además de reflejarlo en un consentimiento informado específico es necesario tener una serie de consideraciones⁽⁴⁰⁾:

- Menos de 3 años y sin factores de riesgo: no es necesario modificar el plan terapéutico establecido.
- Menos de 3 años pero que toman corticoides, valorar suspender el tratamiento 3 meses antes de la cirugía, y volver a reanudar el tratamiento una vez curado el hueso.
- Más de 3 años sin corticoides, misma actitud que el caso anterior.

En caso de lesión instaurada, el pronóstico en la ONM por bifosfonatos orales es mejor que en el caso de los intravenosos⁽⁴¹⁾. El tratamiento se basa en el grado en que se diagnostique la ONM⁽³⁾:

- ONM Grado 1: enjuagues con clorhexidina al 0,12% o al 0,20%.
- ONM Grado 2: enjuagues con clorhexidina más antibioterapia oral o intravenosa.
- ONM Grado 3: además de las medidas mencionadas anteriormente habría que sumar tratamiento quirúrgico.

Por tanto, el tratamiento de la ONM va encaminado a eliminar el dolor, controlar la infección de los tejidos duros y blandos y minimizar la progresión o aparición de la lesión ósea.^(4,3)

El tratamiento quirúrgico se debe retrasar en lo posible, reservándolo para los pacientes en Estadio 3 de la enfermedad o con un secuestro bien establecido.^(4,3)

CONCLUSIÓN

En conclusión podemos decir que todos los pacientes que vayan a recibir tratamiento con bifosfonatos deben de ser advertidos de este posible efecto secundario y deben realizar una revisión bucodental para eliminar focos infecciosos e irritativos. El odontólogo debe saber que el paciente está tomando esta medicación, establecer las medidas preventivas necesarias, y en caso de tener que realizar cualquier acto quirúrgico advertir a los pacientes del riesgo de aparición de ONM y entregar el consentimiento informado oportuno •

BIBLIOGRAFÍA

1. Koshla S, Burr D, Cauley J, Dempster DW, Ebeling PR, Fessler D, et al. Bisphosphonate-associated of the jaw: report of a task force of the American Society for Bone and Mineral Research. *J Bone Miner Res* 2007;22:1479-91
2. Sosa Henríquez M, Vicente Barrero M, Bocanegra Pérez S. Osteonecrosis de los maxilares nuevas evidencias. *Rev Osteoporos Metab Miner* 2009; 1:41-52
3. Ruggiero S, Mehrotra B, Rosenger T, Engroff S. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates: a review of 63 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2004;62:527-34
4. Melo M, Obeid G. Osteonecrosis of the maxilla in a patient with history of bisphosphonate therapy. *J Can Dent Assoc* 2005;71:111-3
5. Marx RE. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induce avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:1115-8
6. Bagán JV, Jiménez Y, Díaz JM, Murillo J, Sanchs JM, Poveda R et al. Osteonecrosis of the jaws in intravenous bisphosphonate use: proposal for a modification of the clinical classification. *Oral Oncol* 2009;45:645-46
7. Ruggiero SI, Dodson TB, Assael LA, Landsberg R, Marx RF, Mehrotra B. American association of oral and maxillofacial surgeons position paper on bisphosphonate-related of the jaws-2009 update. *J Oral Maxillofac Surg* 2009;67 (Suppl. 1):2-12
8. Dimopoulos MA, Kastiris E, Bamia C, Melakopoulos I, Gika D, Roussou M et al. Reduction of osteonecrosis of the jaw (ONJ) after implementation of preventive measures in patients with multiple mieloma treated with zoledronic acid. *Ann Oncol* 2009;20:117-20
9. Ripamonti CI, Maniezzo M, Campa T, Fagnoni P, Brunelli C, Saibane G et al. Decreased occurrence of osteonecrosis of the jaw after implementation of dental preventive measures in solid tumour patients with bone metastases treated with bisphosphonates. The experience of the National Cancer Institute of Milan. *Ann Oncol* 2009;20:137-45
10. Edwards BJ, Hellsten JW, Jacobson PL, Kaltman S, Mariotti A, Miglioratti CA et al. Updated recommendations for managing the care of patients receiving oral bisphosphonates therapy. An advisory statement from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. *J Am Dent Assoc* 2008;139:1674-77
11. Lazrovici TS, Yahalom R, Taicher S, Schwartz-Arad D, Peleg O, Yarom N. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw associated with dental implants. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68:790-6

AUTORES

DRA LAURA MARÍA DÍAZ GUZMÁN.

PRESIDENTE ELECTO DE LA ASOCIACIÓN DENTAL MEXICANA. FEDERACIÓN NACIONAL DE COLEGIOS DE CIRUJANOS DENTISTAS A.C. 2018-2019. JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNÓSTICO Y MEDICINA BUCAL. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE LA SALLE BAJÍO. LEÓN, GTO. MÉXICO

DR. ROLANDO GONZALO PENICHE MARCÍN.

DIRECTOR DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD ANÁHUAC MAYAB. CONSEJERO DEL CONSEJO NACIONAL DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA (CONAEDO) SECRETARIO DEL CONSEJO DE CERTIFICACIÓN ADM MÉRIDA, YUC. MÉXICO

Caso de Salud Pública

Salud bucal del adulto mayor en México

Es un hecho que en los últimos años la población mundial está envejeciendo. En los países poco desarrollados la velocidad en que se está presentando este proceso es mayor que la observada tanto en los países en vías de desarrollo, como en aquellos que son económicamente fuertes. Este fenómeno, que se observa también en México, suele deberse a factores aparentemente simples pero de gran impacto, como son el hecho de poder disponer de agua potable en la comunidad, la implementación de programas de vacunación a los grupos susceptibles de enfermedades infecciosas, el control de la natalidad, el contar con antibióticos, antivirales y otros fármacos, mejores hábitos de dieta y nutrición, programas antitabaco, antialcohol, o el uso de cinturón de seguridad, entre otros factores.¹⁻³

El adulto mayor es el resultado de una combinación de factores como la genética, el estilo de vida, una alimentación saludable, el ambiente en el que se desenvuelve la persona, la experiencia cultural y social, su actitud y sus creencias en relación a la salud, educación y capacidad económica. En la vejez, a pesar de los avances en la protección legal y seguridad social, suelen observarse una serie de desigualdades, como lo es el hecho de que un gran porcentaje de mujeres en edad avanzada están económicamente desprotegidas y requieren trabajar para poder sobrevivir.¹

Con el envejecimiento suelen desarrollarse una serie de enfermedades crónicas degenerativas que van acompañadas de una mala calidad de vida o ponen a quienes las sufren en riesgo de morir antes de lo esperado. Dentro de este grupo de enfermedades sistémicas se incluyen la hipertensión arterial, cardiopatías coronarias, diabetes mellitus, artritis reumatoide, enfermedades renales, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neoplasias malignas de próstata, de glándulas mamarias o cuello

uterino, entre otras enfermedades, que por ellas mismas o por su tratamiento, tienen repercusiones bucales.⁴⁻⁵

Lo adultos mayores en la consulta dental constituyen un reto para el odontólogo, ya que para su manejo se requieren de mayores habilidades y competencias que las necesarias para dar tratamiento bucal a niños o personas jóvenes, entre otras razones por las siguientes:

- a. Las personas mayores suelen tener más problemas periodontales y sus complicaciones, que la gente de menor edad.⁵⁻⁶
- b. La exposición de las raíces, derivada de sufrir enfermedad periodontal, es un factor de riesgo para el desarrollo de caries radicular, condición más difícil de tratar que las lesiones cariosas coronales y que demanda mayores habilidades o recursos terapéuticos por parte del clínico.⁵
- c. Los adultos mayores tienen un menor número de dientes, a veces en mala posición y/o maloclusión, y requieren con frecuencia de una rehabilitación integral compleja, que demanda de mayor esfuerzo por parte del paciente y del clínico, y mayores recursos económicos para llevarla a cabo.⁵⁻¹⁰
- d. Los adultos mayores tienen una prevalencia mayor de enfermedades sistémicas que otros grupos de edad y emplean medicamentos que los ponen en riesgo de tener una mayor morbilidad bucal. La hiposalivación derivada de la multifarmacia que emplea el adulto mayor es un elemento de gran peso para el desarrollo de caries y enfermedad periodontal, lo que obliga al uso de medidas compensatorias y de seguimiento estrecho.¹¹⁻¹⁴
- e. El adulto mayor con enfermedades sistémicas, frecuentemente múltiples, es una persona suscep-

“

El manejo odontológico de la gente mayor es más complicado, ya que demanda mayores habilidades técnicas y conocimientos. ”

tible al estrés del tratamiento bucal, lo que puede ponerlo en riesgo de emergencias médicas o hacerle perder el control que el médico tenga de sus enfermedades. Es también más susceptible a infecciones y a cierto retraso en el proceso de reparación de los tejidos. En cualquier caso, el odontólogo debe privilegiar la seguridad del paciente, empleando protocolos y medidas compensatorias, algunas de ellas básicas y comunes a todo paciente con enfermedades sistémicas, como iniciar el tratamiento bajo un control estricto del problema médico, vigilar el uso de medicamentos, el resultado de las visitas al médico o evitar interacciones medicamentosas nocivas; otras medidas son específicas para cada padecimiento, como solicitar pruebas de laboratorio de quien padece diabetes mellitus o está bajo terapia anticoagulante, prescribir antibióticos profilácticos a quienes están en riesgo de endocarditis infecciosa o interconsultar con el médico para determinar el estado de salud del paciente o seleccionando el momento oportuno para brindar el tratamiento.¹⁴⁻²¹

- f. La actitud que el paciente mayor tenga ante el tratamiento bucal es un factor determinante de la extensión y éxito del mismo; no será raro que la depresión, la demencia o el Alzheimer acompañen a un buen número de estos pacientes, complicando el tratamiento bucal y su pronóstico. Tratamientos bucales básicos, no sofisticados, deberán implementarse en adultos mayores con trastornos neurológicos y psiquiátricos, así como en aquellos con discapacidades físicas, o ancianos dependientes de terceras personas.^{1, 3, 5, 22-24}
- g. Con frecuencia la rehabilitación bucal del adulto mayor es más larga y costosa que la de otros grupos de población. Un porcentaje relativamente alto de personas en vejez plena, especialmente en los países pobres o en vías de desarrollo suelen estar económicamente desprotegidos, dificultando el llevar a cabo de manera exitosa su tratamiento integral, que incluya rehabilitación protésica.^{1, 5, 7, 10, 25}

Por todo lo anterior, a lo que se suman otros factores culturales y sociales observados en la gente mayor, el manejo odontológico es más complicado, ya que demanda del clínico mayores habilidades técnicas y de dominio del conocimiento, que las necesarias para tratar a un niño, un joven o un adulto.

ESTADO DE SALUD BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN MÉXICO

México tiene una población de más de 112 millones de personas, de los cuales 10 millones (8.9%) son mayores de 60 años. La esperanza de vida a partir de esta edad es de 22.9 años en las mujeres y 20.9 en los varones.³

Contrario a lo observado en los Estados Unidos, donde el 10% de la población mayor de 18 años es edéntula total (cifra que se incrementa al 33% en mayores de 60 años), o lo reportado en el año 2002 en Noruega, país en el que el 15% de los mayores de 60 años eran edéntulos totales, el Perfil Epidemiológico de Salud Bucal 2010 en México señala que el 2.6% de la población entre 65 y 79 carece de dientes, incrementándose estas cifras a 4.5% en mayores de esta edad.⁶ Cabe señalar que otros estudios publicados indican que estas cifras de prevalencia de edentulismo pudiera ser mayor, ya que esta encuesta se realizó en las clínicas del sector salud, que no cuentan con el servicio de prótesis y rehabilitación bucal dentro de sus especialidades, por lo que es de esperarse que no acudan a estos centros pacientes totalmente edéntulos, buscando ser rehabilitados.^{7, 25-27} Como lo señalan Lueñas y colaboradores, el edentulismo parcial o total es un estigma social que acompaña a ciertas enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes mellitus, siendo el resultado de la negligencia y a veces de la pobreza de ciertos sectores de la población que no tienen acceso a los servicios de salud.²⁵

Mientras que en promedio la población mexicana cuenta con 27,7 dientes presentes, en la boca de los mayores de 65-79 años se observan 20,5, y 18 dientes en promedio en los mayores de 80 años. Los hombres suelen tener más dientes que las mujeres y, a mayor escolaridad, mayor presencia de órganos dentales. Los dientes que más frecuentemente están ausentes son los molares y premolares. En lo referente a la oclusión funcional ésta se observa en un 67,7% de los varones mayores de 65 años y en el 56,5 % en las mujeres de ese sector de la población, en tanto que los mayores de 80 cae a 51,6 % y en la mujeres de esta edad a 46,4% .⁶

La prevalencia de caries en la población mexicana es de 91%, incrementándose al 97,4-98,7% en mayores de 60 años. Los adultos mayores en México tienen en promedio 5,4 a 6,03 dientes cariados, han perdido más de 10,03 a 13,54 órganos dentarios y presentan de 2,84 a 1,51 obturaciones. El CPOD en el grupo de 60-65 años es de 17,33, en tanto que en el de mayores de 80 años es de 20,45⁶ (Figura 1).



Fig 1. Estado de salud bucal de un paciente de 65 años.



Fig 2. Varices linguales.

En lo que corresponde a la salud periodontal, ésta disminuye con la edad, encontrándose gingivitis en las personas mayores de 65 años, en un rango del 52,4 al 53,5%, y con periodontitis del 10,1 al 22,2 %.

El Perfil Epidemiológico de la Salud Bucal en México 2010 reporta también la prevalencia de enfermedades de tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, sin embargo no marca alguna diferencia por edad.⁶ Diversas publicaciones señalan que con la edad varices linguales, queratosis irritacionales, pigmentaciones melánicas, lesiones traumáticas, atrofia alveolar, de la mucosa bucal, u osteoartritis, son de alta prevalencia²⁸⁻³¹ (Figura 2).

Se ha reportado en la literatura un incremento en las lesiones de la mucosa bucal derivadas del uso de prótesis removibles y totales, como son epulis fisurado, hiperplasia fibrosa por irritación, úlceras traumáticas, queratosis irritacional, estomatitis subprótesis I, II y III, (candidiasis crónica atrófica), queilitis angular, enfermedades señaladas como prevalentes en los grupos de mayor edad²⁹ (Figura 3).

Diversos trastornos sistémicos que se presentan asociados a la edad, cuando no están bajo control médico se acompañan de lesiones bucales, tales como candidiasis pseudomembranosa aguda, candidiasis eritematosa aguda, quelitis angular, observadas en los pacientes con diabetes mal controlada, o la glositis atrófica que se observa en ancianos desnutridos. Trastornos, de piel y mucosas, como liquen erosivo, pénfigo, penfigoide, o enfermedades autoinmunes como el Síndrome de Sjögren, son más frecuentes en adultos mayores. En ocasiones es el tratamiento para diversas enfermedades sistémicas el responsable de los cambios bucales, como las lesiones hemorrágicas observadas en quien recibe aspirina o terapia anticoagulante, o la hiposalivación producida por antihipertensivos, diuréticos o medicamentos para el control de enfermedades neurológicas y psiquiátricas. Frecuentemente los bloqueadores de los canales de calcio empleados para control de enfermedades cardiovasculares producen hiperplasia gingival. Éstos son solo algunos ejemplos del impacto del tratamiento médico sobre la cavidad bucal.^{14-18, 21, 26}



Fig 3. Epulis Fisurado.

“

Diversos autores han encontrado una asociación entre el estado de la salud bucal, enfermedades sistémicas y el riesgo de mortalidad. ”

”

Síndrome de boca ardorosa, disgeusia, neuralgia del trigémino, herpes zoster, ente otros trastornos en los que se ven involucrados el Sistema Nervioso Periférico o el Autónomo, incrementan su prevalencia con la edad.³²⁻³³

Las neoplasias malignas que afectan a la cabeza y el cuello representan alrededor del 1,5% de los cánceres que afectan a la población en México. Entre 1979 y 2008 se registraron menos de 1.000 muertes al año debido a neoplasias malignas ubicadas en la cavidad bucal u orofaringe. Esta cifra se ha duplicado en las últimas 3 décadas. De estos decesos, el 90% ocurrió en mayores de 44 años, la mayoría de ellos en varones y mayores de 60 años, especialmente entre 75-79 años. La lengua es el sitio más afectado en la cuarta parte de los casos.⁶

Diversos autores han encontrado una asociación entre el estado de salud bucal, enfermedades sistémicas y el riesgo incrementado de mortalidad. La Monte *et al* han identificado que la falta de dientes, especialmente en las mujeres mayores, incrementa el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y en un 17% la tasa de mortalidad, sugiriendo los autores tratar de manera prioritaria la enfermedad periodontal, no solo en los adultos mayores sino en la población en general.³⁴

En el año 2006 la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición señalaba que el 48,5% de la población no contaba con protección en salud. Estas cifras disminuyeron en 2012 a 25,43% y en 2016 al 13,4% de la población en general. Esta importante disminución se ha debido a la inclusión al Seguro Popular de un gran grupo de mexicanos. En 2016 el 43,3% de los mexicanos contaba con la protección del Seguro Popular, el 32,9% con el servicio médico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 0,6% con servicios privados y el resto estaba ya afiliado a la seguridad social que brindan diversas instituciones gubernamentales, como el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Ejército (SEDENA), la Marina (SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX), etc. Todos ellos cuentan con la cobertura de servicios de tratamiento bucal para actividades preventivas, de Operatoria Dental, Cirugía y de fase I de tratamiento periodontal. Casi ninguno de estos servicios cubre actividades de rehabilitación integral, que requieren la mayoría de los adultos mayores.⁶

MANEJO ODONTOLÓGICO DEL ADULTO MAYOR

Un obstáculo no poco frecuente para devolver la salud bucal a los adultos mayores es la actitud negativa que las personas en vejez en plenitud (75-79 años) o avanzada (más de 80 años) pudieran tomar ante la odontología. “¿Para qué gastar en visitas al odontólogo si ya cuento con menos años de vida?”, “¿Para qué visitar al dentista si ya no tengo dientes?” o “al odontólogo solo se acude en caso de dolor”. Hasta hace pocos años el paciente mayor esperaba que, por vejez o por sufrir enfermedades sistémicas crónicas, perdería sus dientes y usaría una prótesis total, sin embargo en los tiempos recientes ha emergido la generación de los Nuevos Adultos Mayores, aquellos que nacieron en los años cuarenta o cincuenta, que han vivido cambios económicos y sociales trascendentes, a los que se suman los avances en el desarrollo científico y tecnológico de la odontología. A este grupo le tocó el uso común de los anestésicos locales, la turbina de alta velocidad, el control de placa bacteriana para evitar el desarrollo de caries o de enfermedad periodontal, las bondades de la odontología de adhesión, la odontología de mínima invasión, el empleo de rehabilitación soportada por implantes, los nuevos materiales dentales, más estéticos y resistentes, los derechos de los pacientes, el consentimiento informado y tantos otros avances en técnicas y procedimientos terapéuticos, que en conjunto hacen que los Nuevos Adultos Mayores, sean una generación distinta, con una actitud diferente ante la vida, que están convencidos de los beneficios de la preven-

“
Hasta hace poco el paciente mayor
esperaba perder los dientes a la
vejez y utilizar una prótesis total.
Los nuevos adultos mayores tienen
una actitud diferente y confían en
los beneficios de la prevención.”



Fig 4. Los nuevos adultos mayores. Estado de salud bucal de paciente de 63 años.

ción y que esperan llegar a la vejez plena con sus propios dientes, o con la mayoría de ellos³⁵⁻³⁷ (Figura 4).

El reto para la profesión odontológica lo tenemos en este grupo de pacientes, que demanda una mayor preparación de los odontólogos. Ante el crecimiento esperado del grupo de pacientes adultos mayores las Escuelas y Facultades de Odontología en México están preparando ya odontólogos competentes en el manejo de pacientes con problemas médicos, que trabajen sobre factores de riesgo de las enfermedades bucales y que privilegien las actividades preventivas personalizadas, teniendo como objetivo acabar con el estigma del edentulismo asociado a la vejez. La Asociación Dental Mexicana, Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas A.C. por su lado, contribuye incluyendo dentro de sus programas de educación continua la capacitación de los odontólogos mexicanos en materias como Periodoncia, Endodoncia, Prótesis, Implantología, Cirugía, Patología Bucal, Odontología de mínima invasión y Rehabilitación integral, entre otros temas con enfoque también hacia el manejo bucal del adulto mayor.

Aunque la cobertura de servicios de salud públicos y privados llegan a casi toda la población mexicana, queda pendiente el poder desarrollar programas de apoyo económico para los adultos mayores, que les permitan acceder a rehabilitaciones bucales integrales cuando así lo requieran.

CONCLUSIONES

El porcentaje de adultos mayores en la población se esta incrementando en todo el mundo, incluyendo la población mexicana.

Son un grupo de pacientes que a lo largo de la vida ha perdido dientes, ha desarrollado caries y enfermedades periodontales, suele tener problemas oclusales, mala posición dental y necesidades de rehabilitación integral. Tienen una alta prevalencia de lesiones de la mucosa bucal derivadas de factores locales tales como prótesis, de

enfermedades sistémicas no controladas o de los fármacos empleados para su tratamiento.

Los adultos mayores, dada su condición de salud general y bucal, demanda de odontólogos preparados y competentes para llevar a cabo tratamientos de rehabilitación bucal más complejos.

Debemos estar preparados para tratar a este creciente grupo de población de manera satisfactoria y no solo devolverles la salud bucal y el bienestar, sino mantenerlos •

BIBLIOGRAFÍA

- World Population Aging 2013. WHO. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. New York, United Nations, 2013
- United States of America. Pan-American Health Organization, World Health Organization Health Regional Office for the Americas. 2015.
- Estadísticas sobre Adultos Mayores en México. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. www.inapam.gob.mx Fecha de publicación: 22 de septiembre de 2016.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe de Resultados. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud. México 2016.
- Sánchez RPR, Aranda RSM, Tejeda NFJ, Díaz-Guzmán LM. Manejo odontológico del adulto mayor. Castellanos JL, Díaz L y Lee EA. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 3ª Ed. México, El Manual Moderno. 2015. Pp392-424.
- Perfil epidemiológico de la Salud Bucal en México 2010. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. SINAVE/DGE/SALUD/Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010.
- Castellanos JL, Díaz-Guzmán LM: Cambios funcionales, involutivos y patológicos estomatológicos con la Edad. I Aspectos Dentales. Rev ADM 1988; 48(6):382-88.
- Díaz-Guzmán L, Castellanos JL y Gay O Series en Medicina Bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos. Rev ADM 2005;62:36-39.
- Castellanos, JL y Díaz-Guzmán L. Cambios funcionales, involutivos y patológicos estomatológicos con la edad. II. Aspectos Ocluso-articulares. Rev ADM 1989;46:11.
- Lindquist EJ, Ettinger RL. The complexities involved with managing the care of an elderly patient. JADA. 2003;134:593-600.
- Castellanos JL, Díaz-Guzmán GL y Gay O. Series en Medicina Bucal VIII. Hiposalivación por fármacos. Rev. ADM 2004;61:39-40.
- Díaz-Guzmán LM y Castellanos JL. Hiposalivación. Factor frecuente de riesgo para el desarrollo de enfermedades bucales. Oral B News América Latina. 2013; 02:15-19.
- Castellanos JL, Díaz-Guzmán LM: Cambios funcionales, involutivos y patológicos estomatológicos con la Edad. Xerostomía III. Rev ADM 1989; 46(2):63-67.
- Castellanos JL, Díaz L y Lee EA. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 3ª Ed. México, El Manual Moderno. 2015.
- Díaz-Guzmán L y Castellanos JL. Prevalencia de antecedentes personales patológicos (APP) en la práctica odontológica. Rev ADM 2008;65:302-8.
- Castellanos JL, Díaz-Guzmán LM. Prevención de enfermedades bucales en pacientes con trastornos sistémicos. Parte I. Enfermedades cardiovasculares. Rev ADM 2013;70(3): 116-25.
- Díaz-Guzmán LM y Castellanos JL. Prevención de enfermedades bucales en pacientes con trastornos sistémicos. Parte II. Diabetes mellitus. Rev ADM 2013;70 (4):169-176.
- Díaz-Guzmán LM. Las enfermedades sistémicas en la práctica odontológica. Oral B News. 2013;8 (26):8-12.
- McCreary C, Ríordáin Ní. Systemic Diseases and the Elderly. Dental Update 2010;37:604-607.
- Díaz-Guzmán LM y Castellanos JL. Prevención de endocarditis bacteriana en Odontología. Nuevas recomendaciones (año 2007) sobre Profilaxis antibiótica. Rev ADM 2007; 64:126-30
- Castellanos JL y Díaz-Guzmán L. Cambios funcionales, involutivos y patológicos estomatológicos con la edad. VI. Enfermedades sistémicas. RevADM 1990;45:59.
- Díaz-Guzmán LM. Influencia de los estados de ánimo y la conducta en la consulta Odontológica. En: Castellanos JL, Díaz L y Lee EA. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 3ª Ed. México, El Manual Moderno. 2015. pp 25-40.
- Elter JR, Strauss RP, Beck JD. Assessing dental anxiety, dental care use and oral status in older adults. JADA. 1997;128:591-597.
- Friedlander AH. Alzheimer's disease. Psychopathology, medical management and dental implications. JADA. 2006;137:1240-1251.
- Luengas-Aguirre MI, Sáenz-Martínez LP, Tenorio-Torres G, Garzcilazo-Gómez A, Díaz-Franco MA. Aspectos sociales y biológicos del edentulismo en México: un problema visible de las inequidades en salud. Ciencias Clínicas 2015;16:29-36 - DOI: 10.1016/j.cc.2015.12.002
- Castellanos JL y Díaz-Guzmán LM. Periodontitis crónica y Enfermedades Sistémicas. Rev ADM 2002;59:121-7.
- Medina NR, Pérez G, Maupomé, BL, Ávila LAP, Póntigo MN, Patiño. National survey on edentulism and its geographic distribution, among Mexicans 18 years of age and older (with emphasis in WHO age groups) J Oral Rehabil., 35 (2008), pp. 237-244 http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2842.2007.01767.xMedline
- Díaz-Guzmán L y Castellanos JL. Cambios funcionales, involutivos y patológicos estomatológicos con la edad. IV. Mucosa Bucal. Rev ADM 1989;46:134.
- Castellanos JL y Díaz-Guzmán L. Lesions of the oral mucosa: an epidemiological study of 23,785 Mexican patients Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008;105:79-85.
- McKenna G, Burke F. Age-related oral changes. Gerodontology 2010; 37:519-523.
- Hill M. The influence of aging on skin and oral mucosa. Gerodontology 2010;3:35-45.
- Díaz-Guzmán L, Huerta FAC y Castellanos JL. Prevalencia de dolor craneofacial en pacientes que buscan atención dental. Rev ADM 2008; 65:285-90.
- Castellanos JL y Díaz-Guzmán LM. Cambios funcionales, involutivos y patológicos estomatológicos con la edad. V. Disestesias y disgeusias. Rev ADM 1989;46:179.
- La Monte MJ, Genco RJ, Hovey KM, Wallace RV, Freudenheim JL, Michaud DS, et al. History of periodontitis diagnosis and edentulism as predictors of cardiovascular diseases, stroke and mortality in postmenopausal women. J Am Heart Assoc. 2017 Mar 29;6(4). pii: e004518. doi: 10.1161/JAHA.116.004518.
- Fried LP. Epidemiology of aging. Implications of aging society. In: Goldman L, Schafer AI. Goldman's Cecil Medicine. 24th Ed. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2012. pp. 98-100.
- Ettinger RL. Oral health and the aging population. JADA. 2007;138:5S-6S.
- Peniche R.R. Implantología en los pacientes con enfermedades sistémicas. En: Castellanos JL, Díaz L y Lee EA. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 3ª Ed. México, El Manual Moderno. 2015. Pp 500-512.

Los principios de la odontología en México

A su llegada a tierras americanas, los españoles encontraron una gran cultura que incluía una medicina de alto nivel. El propio Hernán Cortés, en sus Cartas de Relación da fe de esto, en la segunda carta menciona, refiriéndose al mercado de Tlaltelolco: "hay calle de arbolarios, en donde hay todas las raíces y yerbas medicinales que en la tierra se hayan. Hay casas como de boticarios en donde se venden las medicinas hechas así potables como unguentos y emplastos...". Y en otra de estas misivas le pide al rey que le envíe burócratas y constructores, pero recomienda no enviarle médicos, "Porque los que hay aquí conocen y curan todas las enfermedades".

AUTORA: Martha Díaz de Kuri.

Departamento de Historia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional Autónoma de México.

La medicina prehispánica tenía una fuerte carga mágico-religiosa, su terapéutica estaba basada en el empleo de las plantas medicinales. Los problemas dentales eran conocidos y tratados por los médicos, aunque existían en un porcentaje mucho menor de los que sufrían los españoles, debido un tanto a la información genética y otro poco al tipo de alimentación. En el *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis* o Códice de la Cruz Badiano (Martín de la Cruz, 1552) se consignan algunos tratamientos dentales, ya que los capítulos 5 y 6 están dedicados a los padecimientos de la cavidad oral. Aquí se dan remedios para la inflamación de las encías y fórmulas para preparar dentífricos, ya que el aseo de los dientes era una costumbre ineludible del hombre prehispánico. En el capítulo V se da un tratamiento para el dolor dental "los dientes enfermos y cariadados deberán punzarse con un diente de cadáver, en seguida se muele y se quema la raíz de un alto arbusto llamado *teonochtli*, juntamente con cuerno y estas piedras finas: iztac quetzalitzli y chilchitic tapachtli, con un poco de harina martajada con algo de sal. Esta mezcla se envuelve en un lienzo y se aplica por breve tiempo apretando los dientes, en especial con los que duelen o están cariadados. En último lugar se hace una mezcla de incienso blanco y una clase de untura que llamamos xochiocotzotl y se quema a las brasas y su olor se recoge en una mota de algodón que se aplica a la boca con alguna frecuencia o mejor se ata a la mejilla".

A lo largo de la colonia, los indígenas mexicanos siguieron tratándose con su medicina tradicional, mientras que los españoles, criollos y mestizos eran atendidos de sus dolores dentales por los barberos flebotomianos; en un principio por los que llegaron de España y, posteriormente, por individuos nacidos en la Nueva España que a esto se dedicaron.

Los barberos flebotomianos efectuaban una gran gama de tratamientos: flebotomías, aplicación de ventosas, canalización de todo tipo de abscesos y extracciones dentales. Con el tiempo, este oficio había experimentado una cierta evolución, ya que algunos de estos individuos empezaron a realizar limpiezas dentales y obturaciones en las muelas que se podían salvar de la extracción.

La forma de aprender las artes de barbero-flebotomiano fue el mismo sistema empleado para cualquier tipo de oficio como el de albañil, sastre o carpintero. Había que acudir al taller de un artesano experimentado como aprendiz, ayudando al maestro hasta aprender lo necesario. Después de dos o tres años de trabajo diario se podía suponer que el aprendiz sabía lo indispensable para empezar a practicar por sí solo. A la llegada del virrey Joseph de Azanza la situación de este oficio vivió un



cambio muy favorable, ya que el gobernante instituyó, en 1799, un examen obligatorio para poder ejercer el oficio. En esta ordenanza se establecía que todo aquel barbero que quisiera seguir sangrando y efectuando extracciones dentales tenía que pasar un examen ante el Tribunal del Protomedicato, en donde demostrara sus conocimientos en la materia, de no hacerlo tendría que dedicarse exclusivamente a las artes de la peluquería. De esta forma los oficios se separaron, pues un buen número prefirió no presentar el examen limitando su práctica a las acciones del cabello, mientras los más aventurados presentaron examen preparándose en dos o tres manuales para sangradores, y al recibir su licencia, limitaron su práctica a las acciones de sangrar y atender problemas dentales.

LLEGADA DE LOS PRIMEROS DENTISTAS

Alejandro Zárate Chavira, de la Facultad de Filosofía y Letras, encontró valiosa documentación y está investigando la llegada a México, en 1752, de los hermanos Joseph y Claudio Marioni, quienes se ostentaban ya como cirujanos dentistas. Ellos viajaron del virreinato de Nápoles al Puerto de Cádiz, en donde se embarcaron rumbo a la Nueva España, ingresando por Veracruz. El gobierno virreinal reconoció su oficio de cirujanos dentistas, pero se desconoce si practicaron su oficio en estas tierras.

La fecha reconocida como la llegada de los primeros dentistas es la tercera década del siglo XIX, cuando empiezan a aparecer anuncios en los periódicos, de cirujanos dentistas, profesión hasta entonces desconocida en nuestro país. El primer anuncio que identificamos en la ciudad de México es el de don Guillermo Parrot publicado en *El Águila Mexicana* el 3 de abril de 1823, en el que comunica la dirección de su gabinete dental, ubicado en la calle de San Francisco número 6, frente a la iglesia de la Profesa. Parrot, de origen estadounidense, publicó un pequeño folleto titulado *Reflexiones sobre la importancia de conservar la dentadura y el manejo necesario al efecto*, redactado en inglés y traducido al español para su edición. En el texto él menciona, por temas, todo lo que Parrot puede hacer en su gabinete: limpieza, extracción de dientes, limar los dientes, dientes emplomados, trasplante de dientes y dientes artificiales.

Para 1830 ya encontramos un buen número de profesores, como gustaban nombrarse al estilo francés, que

habían instalado sus gabinetes dentales en la ciudad de México y las principales ciudades de la república como: Veracruz, Mérida, Puebla, Guadalajara, Querétaro y San Luis Potosí. La ciudad de México es la que registra un mayor número de C. dentistas, los profesores: Guillermo Gaardet, J. Guasdiz, Santiago Nankin, Ana María Page, Lorenzo Hubard, R.C. Skinner, Francisco Lacoste, Eugenio de Cambré, George Gardiner y Eugenio Crombé. Todos ellos se anunciaban en los periódicos de mayor circulación, por sus textos sabemos lo que hacían; toda clase de arreglos dentales, postura de dientes incorruptibles, dentaduras parciales y completas, operaciones de cirugía, limpiezas dentales y la venta de polvos y elixires para limpiar la dentadura. Algunos de ellos aseguraban haberse titulado en diversas universidades de Europa y los Estados Unidos, dato por demás falso porque entonces ninguna universidad del mundo contaba con escuela dental.

RÉQUIEM A LA FLEBOTOMÍA

Poco a poco el viejo oficio flebotomiano fue cediendo terreno a la moderna dentistería, que no sólo se dedicaba a la extracción de dientes y molares, sino que también se reponía por medio de prótesis totales y parciales. Otra gran diferencia entre ambas prácticas es que mientras los barberos-flebotomianos realizaban operaciones en todo el cuerpo, tales como flebotomías, aplicación de sanguijuelas y ventosas, perforación del lóbulo de la oreja para colocar aretes, abrir abscesos en cualquier parte del cuerpo, y por supuesto realizar extracciones dentales. Prueba de esto es que en 1866 se realizó el último examen de flebotomianos, mientras que los dentistas siguieron titulándose a lo largo de todo el siglo XIX. Seguramente hasta finales del siglo y posiblemente algunos hasta principios del XX siguieron trabajando, flebotomianos que se habían examinado antes de 1866, pero el oficio terminó por sucumbir, al no responder a los lineamientos de la novedosa medicina que se generaba en Francia. Durante la segunda mitad del siglo XIX siguieron llegando dentistas procedentes principalmente de Francia y los Estados Unidos y se instalaban en las ciudades más importantes de la república. La población vio con muy buenos ojos a estos individuos que ejercían una profesión de importación.

EXAMEN PARA LOS CIRUJANOS DENTISTAS

En 1840 las autoridades correspondientes determinaron que todo aquel que se dedicara al ejercicio de las artes dentales tenía que regularizar su situación presentando un examen para obtener su licencia como cirujano dentista. Y se determinó que este trámite se llevara a cabo en

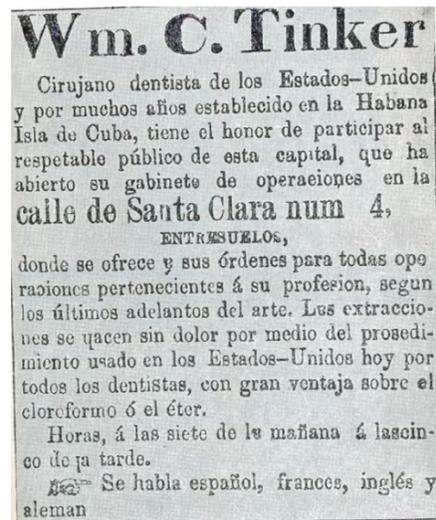


la Escuela Nacional de Medicina, frente a un jurado de examinadores, médicos de profesión. De esta forma, el Consejo Superior de Salubridad tendría el control de todos estos extranjeros que se habían establecido en nuestro país, sin que se supiera de donde venían y cuál era su preparación.

El primero en presentar el examen fue don Eugenio Crombé, que según dice el acta, era nacido en Francia, de 39 años de edad y tenía 10 años de vivir en nuestro país. Semanas después se titularían varios dentistas más, de manera que en 1841 fueron cinco franceses y un norteamericano los que recibieron su novedoso título.

Fue hasta 1854 cuando empezó la titulación de mexicanos, siendo Mariano Chacón el primero en hacerlo, y tres días después Benito Acuña. Estos jóvenes se habían preparado en los gabinetes de extranjeros. Poco a poco se fueron titulando más jóvenes nacionales, fraguándose así una odontología mexicana. La primera mujer cirujano dentista fue Margarita Chorné y Salazar, quien se tituló en 1886. La joven, de 24 años, aprendió la dentistería en el gabinete de su padre y también en el de don Mariano Chacón. Margarita fue también la primera mujer en toda América Latina que se tituló en la profesión, en el siglo XIX sólo dos mujeres más lo hicieron.

Para los años ochenta había ya 25 dentistas en actividad en la ciudad de México y un número considerable, sumando los que ejercían en las diferentes ciudades de la república. En 1887 fue creada la primera sociedad dental, lamentablemente de escasa duración, lo más positivo fue que los miembros de la sociedad editaron una revista que llevó por título "El Arte Dental", que contiene un valiosísimo material para recrear lo que aquellos dentistas hacían, sus conceptos y técnicas, así como sus relaciones gremiales. Once años después, ya a finales del siglo XIX, un gremio mucho más maduro fundó una nueva sociedad dental que editó "La Revista Dental Mexicana". Los miembros de esta asociación eligieron como su primer presidente al Dr. Ricardo Crombé, quien era un prestigioso dentista hijo de aquel legendario Eugenio Crombé, primer dentista titulado en el país. Ricardo, igual que otro destacado miembro de la sociedad, Juan Falero, tenía una gran ventaja sobre sus compañeros, no era dentista autodidacta como ellos, sino que había cursado la carrera en la mejor escuela dental del mundo en esos momentos, la de Filadelfia. Los miembros de esta sociedad hicieron algo que catapultó a la odontología mexicana: la fundación de la primera escuela dental del país, el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental. Las gestiones tardaron aproximadamente cuatro años. El primer paso fue el de invitar al presidente de México, general Porfirio Díaz, como su presidente honorario. Posteriormente elaboraron una carta en donde se mencionaba la gran necesidad que existía en el país de una escuela dental como las que existían en Norteamérica y Europa. La contestación no tardó mucho, el presidente dio su apoyo y envió a dos miembros de la Sociedad Dental Mexicana a un congreso médico-dental a París, y a varias universidades norteamericanas, para estudiar los planes de estudio y el funcionamiento de las escuelas dentales. Cuando las gestiones estuvieron completas, rentada la



casa, preparadas las instalaciones, adquiridas las unidades dentales y el instrumental necesario, fue inaugurada formalmente la primera escuela dental del país, que iría creciendo y desarrollándose hasta convertirse en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, institución madre de gran cantidad de escuelas dentales que se irían abriendo con el tiempo.

La inauguración del Consultorio Nacional de Enseñanza Dental constituyó un parte-aguas para la odontología del país, ya que partir de entonces la profesión aceleró su progreso, aumentó su prestigio y reconocimiento, se convirtió en oficial, escolarizada y con una curricula muy bien definida y dejó definitivamente atrás el viejo sistema de aprendizaje autodidacta. Es justo recordar en este momento los nombres de los artífices, los 6 cirujanos dentistas que fundaron la escuela: el primer director, Ricardo Crombé, y los profesores José J. Rojo, Juan Falero, Ricardo Figueroa, Teófilo Valdés y Alfredo Reguera •

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz de Kuri Martha Nacimiento de una profesión, la odontología en el siglo XIX en México. México 2007, tercera edición, Fondo de Cultura Económica.
2. Díaz de Kuri Martha "Fuentes para el estudio de la medicina prehispánica y los tratamientos dentales" en Historia de la Odontología. Inicio y desarrollo en México México 2015 Ed. Odontología Books.
3. Díaz de Kuri Martha "Examen para los barberos flebotomianos" en Historia de la Odontología. Inicio y desarrollo en México México 2015 Ed. Odontología Books.
4. Díaz de Kuri Martha "Llegada de la odontología a México" en Historia de la Odontología. Inicio y desarrollo en México México 2015 Ed. Odontología Books.
5. Díaz de Kuri Martha "Examen para los barberos flebotomianos" en Historia de la Odontología. Inicio y desarrollo en México México 2015 Ed. Odontología Books.
6. Díaz de Kuri Martha "Exámenes para obtener el título de cirujano dentista" en Historia de la Odontología. Inicio y desarrollo en México México 2015 Ed. Odontología Books.
7. Díaz de Kuri Martha "La primera escuela dental de México" en Historia de la Odontología. Inicio y desarrollo en México México 2015 Ed. Odontología Books.
8. Rocha Garfias Vanesa "Barberos y flebotomianos en el México Colonial" en Historia de la Odontología. Inicio y desarrollo en México México 2015 Ed. Odontología Books.
9. Sanfilippo y Borrás José "Tratamientos dentales durante el virreinato" en Historia de la Odontología. Inicio y desarrollo en México México 2015 Ed. Odontología Books.

XV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA BUCAL

II CONGRESO SECIB JOVEN IV CONGRESO AVCIB XV CONGRESO SELO

2017
SECIB Valencia
 16, 17 y 18 de noviembre
 Palacio de Congresos de Valencia

Ponentes XV Congreso SECIB

José Vicente Bagán
 Luigi Canullo
 Roberto Cocchetto
 Luca Cordaro
 Pablo Galindo
 Cosme Gay-Escoda
 Tomas Linkevicius
 Ignazio Loi
 Alberto Monje
 Joan Pi
 Xavier Rodríguez
 Xavier Vela
 Fabio Vignoletti

Moderadores XV Congreso SECIB

José Manuel Aguirre
 Rui Figueiredo
 Antonio Fons
 Adriano Piattelli
 Rosario Velarde

Ponentes Talleres SECIB

Roberto Abundo
 Francisco Barbosa
 Daniele Botticelli
 Daniel Capitán
 Pablo Domínguez
 Ana Orozco

Ponentes II Congreso SECIB JOVEN

Javier Alberdi
 Leticia Bagán
 Albert Barroso
 Antonio Batista
 Carlos Cobo
 Álvaro Jiménez
 Martín Laguna
 Pablo Miguel Lahuerta
 Javier Manzano
 Natalia Martínez
 José Eduardo Mate

Juan Alfonso Milián
 Samuel Oliván
 Miguel Padial
 Esteban Pérez
 Mario Pérez-Sayáns
 Pablo Romero
 Alba Sánchez
 Alfonso Sande
 Juan Santos
 Carlos Vilaplana
 José Viña

Ponentes Curso Higienistas

Amparo Aloy
 Gema Maeso
 Marcel Martín
 Agustín Pascual
 Hilario Pellicer
 Marta Peydro

Ponentes IV Congreso AVCIB

Jerián González
 Pedro José Lázaro

Ponentes XV Congreso SELO

José Vicente Bagán
 Umberto Romero
 Paolo Vescobi

hasta el 1 de julio
CUOTA REDUCIDA



información en
www.secibonline.com

SECRETARÍA TÉCNICA



Bruc 28, 2º - 08010 Barcelona
 Tel. 607 499 365
secibvalencia2017@emedeuve.com



Libera todo tu potencial

SUSANA CUBAS
COACH DE PLAN SYNERGIA

Tras viajar a Londres para asistir a uno de los eventos de coaching más importantes a nivel mundial, queremos compartir con vosotros los aspectos más importantes que se vieron y que podemos aplicar en el día a día de nuestra clínica dental.

El formador del evento fue Anthony Robbins, que ha sido reconocido durante los últimos 30 años como el coach y formador motivacional número 1 en el mundo. Ha sido coach personal de líderes mundiales, estrellas y deportistas de élite: Bill Clinton, Nelson Mandela, Michael Jordan, etc...

4 PUNTOS CLAVE PARA ADAPTAR Y APLICAR SUS CONOCIMIENTOS DE COACHING EN NUESTRAS CLÍNICAS

1) Toma acción masiva ya

El camino del éxito consiste en tomar acción masiva y enfocada. Recuerda que una verdadera decisión se mide por el hecho de haber emprendido una acción. Si no hay acción significa que no has decidido realmente.

Enfoca un objetivo, visualízalo y toma medidas drásticas para alcanzar esa meta. No importa el tamaño del mismo, puede ser mejorar un protocolo clínico o enfocar el reto de abrir una clínica nueva el próximo año.

2) Te ayudará buscar un qué, un para qué y un cómo

1. Busca un ¿qué?, es decir, algo que te motive, una meta emocionante.
2. Busca un ¿para qué?, ¿qué vas a ganar cuando consigas tu meta? Asegúrate que hay razones suficientemente fuertes para seguir adelante cuando surjan dificultades... porque las habrá.
3. Busca un ¿cómo?, diseña un plan de acción. Revísalo y ponlo en práctica todos los días.

Escoge tu desafío, el que tengas, y conviértelo en pequeños pasitos, pequeñas cosas que vas haciendo cada día.

El éxito no llega de un día para otro, se consigue con esfuerzo y perseverancia.

Las personas exitosas son recompensadas en público por aquello que llevan practicando durante años en privado.

3) Consigue que tu equipo te acompañe

Cuando en una clínica se implantan nuevos protocolos de gestión y atención al paciente, la resistencia al cambio es una respuesta que nos encontramos muy habitualmente. Sobre todo en equipos acostumbrados a trabajar de cierta forma durante años.

Para implantar con éxito un cambio es imprescindible una involucración absoluta del equipo. Todos deben sentirse parte de este proyecto, capaces de aportar su granito de arena y contribuir al crecimiento de la clínica.



Todos deben sentirse parte del proyecto, capaces de aportar su granito de arena y contribuir al crecimiento de la clínica.



Esto no se consigue mediante una autoridad jerárquica, ésta solo funciona en presencia del “jefe”. Para conseguir verdaderos cambios sostenibles en el tiempo, debes dejar de ser un “jefe” para convertirte en un “líder” capaz de motivar a tu equipo. Es ahí donde el coaching va a ayudarte:

1. A ejercer un liderazgo positivo.
2. Compartir una visión con el equipo, un objetivo en común.
3. Que los miembros del equipo estén motivados y preparados para el cambio.
4. Que sean conscientes de sus capacidades y habilidades, que desplieguen todo su potencial.
5. Identificar debilidades o áreas de mejora.
6. Mejorar la comunicación entre los miembros del equipo.



7. Mejorar la comunicación y el trato con el paciente.
8. Favorecer un mejor ambiente en la clínica.
9. Que el equipo se ilusione y disfrute con su trabajo.
10. Gestión de conflictos.

4) La importancia de los hábitos

Tony Robbins nos reforzó la idea de que los pequeños hábitos diarios o semanales son los que definirán nuestras metas. Por eso es importante analizarlos:

1. Describe cómo es tu vida: organizada, irregular, monótona, emocionante...
2. ¿Cuáles son los hábitos que te han llevado hasta aquí?
3. ¿Qué es lo que quieres conseguir/cambiar?
4. ¿Cuáles son los hábitos que te llevarán a eso que deseas? ¿Qué es lo que deberías hacer distinto? ¿Qué días? ¿A qué horas?

Los hábitos son algo que haces consistentemente, de tal forma que se vuelven automáticos. En la clínica,



Si quieres que tu clínica sea mejor, tú tienes que ser mejor.



todos tenemos hábitos que repetimos durante años, algunos de ellos nos alejan de nuestro objetivo. Es importante identificarlos y sustituirlos por otros más efectivos. Por ejemplo, está demostrado que es más efectivo elogiar los buenos comportamientos de tu equipo que centrarnos únicamente en los errores, entonces ¿por qué solemos verbalizar únicamente los fallos?

Si quieres que tu clínica cambie, tú debes cambiar. Si quieres que tu clínica sea mejor, tú tienes que ser mejor •



ODONTÓLOGOS
de hoy

¡Suscríbese!

a través de nuestra web
www.odontologosdehoy.com

COMPROMISO
RIGOR Y CIENCIA

EXPANSIÓN DE LA COMPAÑÍA

Acuerdo con el nuevo distribuidor en Portugal

Ticare sigue extendiendo sus fronteras, esta vez en el país vecino, Portugal. El pasado mes de abril la marca firmó un acuerdo de distribución con el señor Nuno Tomé. El Sr. Tomé lleva trabajando en el sector de los implantes más de 10 años y fue el distribuidor durante 7 años de Nobel Biocare en Lisboa, Madeira y Azores.

Tras la firma del acuerdo se comenzará a trabajar también en la posibilidad de ofrecer estancias clínicas en colaboración con el Dr. Nuno Cintra, uno de los líderes de opinión más importantes de Portugal, para conocer en profundidad y poner en práctica las técnicas de "All on four" y "All on six", en el espectacular entorno de las Azores •



IMPORTANTE NOVEDAD EN EL CATÁLOGO DE OSTEÓGENOS

Esponjas hemostáticas Surgispon



Osteógenos incorpora a su catálogo las Esponjas hemostáticas Surgispon, un método rápido y efectivo para el control del sangrado ya que absorben de 40 a 50 veces su peso y proporcionan hemostasia en tan solo 2 minutos.

Están fabricadas a partir de un primer extracto altamente purificado de gelatina para ser utilizadas en procedimientos quirúrgicos donde la

hemostasia tradicional resulta difícil o no es deseable utilizar otros materiales no absorbibles.

Estas esponjas destacan gracias a su capacidad de reabsorción en 3-4 semanas sin dejar ningún tipo de residuo en el cuerpo. Su estructura porosa activa los trombocitos en el momento en el que la sangre entra en contacto con la matriz de la esponja, actuando como un catalizador de fibrina •

TRAS UN AÑO DE OBRAS

VOCO inaugura un nuevo edificio de producción

La empresa dental VOCO, ubicada en la ciudad alemana de Cuxhaven, suministra sus productos a más de 100 países, ofreciendo a odontólogos de todo el mundo la elevada calidad de sus materiales dentales con el sello «Made in Germany».

El crecimiento de la empresa ha motivado el desarrollo de un nuevo edificio adicional de producción para así satisfacer su creciente demanda.

Ahora, después de unos doce meses de obras, la nueva instalación de

producción está terminada de acuerdo con el calendario previsto.

Esta ampliación supone un hito importante para VOCO. «Con el moderno edificio de producción ampliamos la superficie útil de la empresa en 9.000 metros cuadrados, que serán fundamentales para continuar nuestro positivo desarrollo y la expansión de la marca VOCO en el sector dental internacional», expresó con satisfacción el equipo directivo •



El equipo directivo de VOCO, Olaf Sauerbier, Ines Plaumann-Sauerbier y Manfred Thomas Plaumann (de izquierda a derecha), celebró la puesta en uso del nuevo edificio de producción de dos plantas.



IVOCLAR LANZA NUEVOS E INNOVADORES PRODUCTOS

IPS e.max Shade Navigation App

Uno de los grandes problemas a los que se enfrentan los profesionales de la odontología actual es concretar el valor de color y la translucidez que necesita para sus restauraciones.

Por ello, Ivoclar Vivadent lanza al mercado una nueva aplicación para la cerámica sin metal IPS e.max "IPS e.max Shade Navigation System". La aplicación le aconseja sobre qué material usar, teniendo en cuenta los principales factores que influyen en el diseño completo de la restauración, ya que gracias a la interacción de es-

tos factores se consigue una apariencia global en dicho trabajo.

El funcionamiento de la aplicación es sumamente sencillo, simplemente deberá introducir una serie de valores tales como: el color dental, tanto del diente o dientes a restaurar como de los adyacentes, la indicación, por ej. carilla, el color del muñón, el grosor de capa y el tipo de material. Gracias a esta información la aplicación es capaz de recomendarle qué bloque, pastilla o disco deberá usar para obtener el resultado que también podrá visualizar.



La app, está indicada para móviles o tablet Android o IOS y puede descargarse en App Store y Google Play.



Nuevas formas para los dientes SR Vivodent S PE

A las 24 formas existentes ahora se añaden 4 más, quedando un total de 17 formas superiores y 11 inferiores, por lo que conseguir encajar con las caracte-

terísticas individuales de cada paciente es ahora mucho más fácil. Las formas cumplen con las necesidades esenciales de las dentaduras modernas.

MATERIAL ALTAMENTE RETICULADO DCL

Los nuevos dientes están hechos completamente de polímero altamente reticulado DCL (Doble Reticulación). Este material muestra una resistencia a la compresión mayor y una flexibilidad similar a los de resina PMMA convencional. Como resultado, puede esperarse una larga longevidad de grandes dentaduras. Este sistema de color PE comprende 20 tonalidades cromáticas vibrantes.



Horno Programat CS4

El horno Programat CS4 es un aparato multifunción compacto, diseñado para sinterizar restauraciones de óxido de circonio como por ej. IPS emax ZirCAD, logrando una temperatura de hasta 1600°C. El horno puede emplearse igualmente para la cristalización y el glaseado de restauraciones de IPS e.max CAD e IPS Empress CAD. La velocidad del programa de sinterización per-

mite que las restauraciones de circonio se fabriquen rápidamente.

El horno cuenta con un teclado sellado y una pantalla gráfica que facilita el manejo, además de una alta capacidad de procesamiento de hasta 6 unidades. Están disponibles tanto programas preestablecidos, como individuales para materiales de terceros. Programat CS4 es un horno autónomo que cuenta con un sistema abierto •



DURANTE EL MES DE JUNIO

Ticare Training & Education sigue con su programa formativo

Ticare lleva más de 20 años preservando la vida que rodea a cada implante. Un compromiso que ha conducido a la compañía a convertirse en una referencia en implantología. El programa de formación de Ticare Training & Education presenta un interesante y ambicioso programa.

Uno de los cursos ofrecidos por Ticare Training & Education viene de la mano del Dr. Alberto Manzano, CEO de Plan Synergia, una importante consultora dental ética, y la Sra. Susana Cubas, espe-

cialista en coaching dental con más de diez años de experiencia en el sector.

Los días 23 y 24 de junio, el curso "Gestión y dirección de clínicas dentales" se desarrollará en el aula de Formación Ticare, en Valladolid. Dos días en los que los asistentes podrán tener acceso a los conocimientos necesarios para realizar una gestión estratégica de la clínica dental, perfeccionar sus herramientas de comunicación con el paciente y aumentar su valor añadido.

En la formación se alternarán las charlas con los talleres de Role-Play,



pudiendo de esta manera poner en práctica las habilidades recién aprendidas y afianzar así dichos conocimientos.

Al finalizar dicho curso se hará entrega a los asistentes de un certificado acreditativo de la participación en el curso •

16 Y 17 DE FEBRERO DE 2018

Xº Congreso Internacional de Actualización en Implantología Ticare 2018

Ticare celebrará su Xº Congreso Internacional de Actualización en Implantología los días 16 y 17 del próximo mes de febrero de 2018 y la cita tendrá lugar en el Palacio Municipal de Congresos de Madrid.

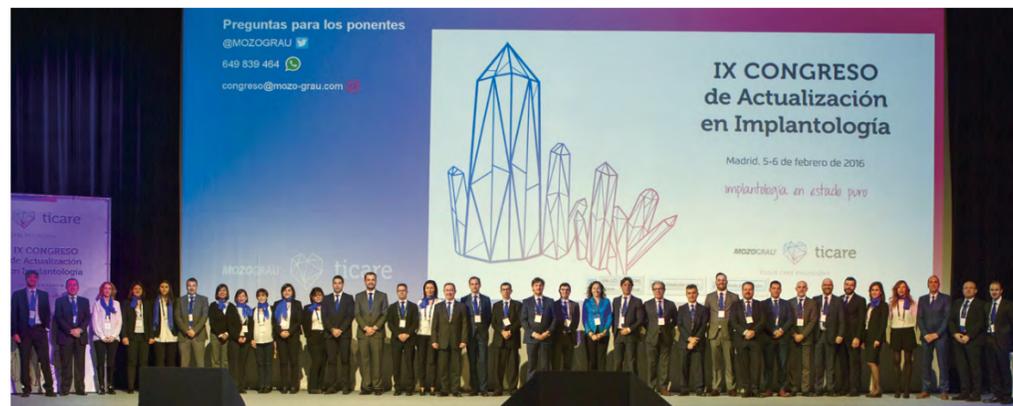
Con la misión de acercar a los profesionales los últimos avances en investigación, las nuevas técnicas quirúrgicas y las recientes tendencias en el campo de la implantología, el

programa científico estará integrado por un cartel de ponentes nacionales e internacionales de reconocido prestigio, como los ya confirmados: Prof. Mariano Sanz, Prof. Juan Blanco Carrión, Dr. Marco Esposito (Italia), Dr. Carlos Larrucea (Chile) o Dr. Conrado Aparicio (EEUU), entre otros.

Paralelamente, se celebrarán varios cursos teórico-prácticos dirigidos a odontólogos, dedicando

también un apartado de formación específica al personal auxiliar e higienista de las clínicas y a los técnicos de laboratorio.

La compañía está trabajando en todos los detalles de este importante evento para superar el éxito de las anteriores ediciones. En la última, celebrada en 2016, este foro de intercambio científico congregó a más de 2.000 asistentes •



PARA EL CURSO 2017-2018

La Facultad de Odontología de la UIC presenta su calendario de formación

La Facultad de Odontología de la UIC Barcelona ha presentado el nuevo calendario académico de formación continuada para el curso 2017-2018.

Más de 30 titulaciones de todas las especialidades: Cirugía, Ortodoncia, Periodoncia, Endodoncia, Odontopediatría, Estética, Prótesis y Preventiva. Cursos creados con el objetivo de preparar a los profesio-

nales y aumentar su rendimiento adaptándolos a las nuevas tecnologías y aportando soluciones para sus pacientes.

El pasado año más de 1.600 alumnos disfrutaron de la oferta formativa en Odontología de UIC Barcelona.

La información completa de esta gran oferta formativa se puede consultar en uic.es o enviando un email a infodonto@uic.es •



SE TRATA DEL NÚMERO 6 DE LA COLECCIÓN

"Clásicos de la Odontología Española", ahora en edición facsimilar

En el último número de "Odontólogos de hoy" se incluía un artículo del Prof. Javier Sanz conmemorando el centenario de la aparición de la *Historia Crítica de la Cirugía y Arte Dental*, cuyo autor fue el Cirujano-Dentista aragonés D. Mariano Riva Fortuño. Con este motivo, la colección "Clásicos de la Odontología Española" se ha visto incrementada con la edición en forma facsimilar de este singular libro.

Constituye el nº 6 de la colección, que se inició con la aparición del *Tratado breve y compendioso...* (1571) de Francisco Martínez de Castrillo y creció posteriormente con las siguientes obras: *Tratado odontológico* (1764), de Pierre Abadie; *El conservador de la dentadura* (1807), de Ventura de Bustos y Angulo; *Tratado completo de la extracción de dientes, muelas y raigones...* (1846), de Antonio Rotondo y *Consideraciones generales de las enfermedades*

de la boca... (1851), de Carlos Koth. Todos ellos siguen una secuencia común previa a la reproducción facsimilar en el estudio introductorio a cargo del Prof. Javier Sanz: estudio de la época, biografía del autor y análisis y valoración de la obra. La colección está siendo editada por

"Aache Ediciones", en tapa dura, y con espléndida presentación, con reproducción de muy alta calidad de texto e imágenes. De esta manera se pone a disposición del lector el texto en la misma forma en que fue editado, enriqueciéndolo además con el análisis de su contemporaneidad •

